

エンゼルヘルパーサービス登録・利用申請書

年 月 日

(あて先) 千葉市長

下記のとおりエンゼルヘルパーサービスの登録をし、利用したいので申請します。

|                                   |  |   |                  |    |           |  |       |
|-----------------------------------|--|---|------------------|----|-----------|--|-------|
| 利用者                               | フリガナ   |   |                  |    |           |  |       |
|                                   | 氏名   |   |                  |    |           |  |       |
|                                   | 生年月日   |   | 昭・平              | 年  | 月         | 日  | ( ) 歳 |
|                                   | 住所(ヘルパーの派遣を受ける住所)  |   | 建物名・部屋番号等        |    |           |  |       |
|                                   |  |   | 住所(上記と同じ場合は記入不要) |    | 建物名・部屋番号等 |  |       |
|                                   | 連絡先  | 電話番号  | (平日、日中の連絡先)      |    |           |  |       |
|                                   |  | 電子メールアドレス   | _____ @ _____    |    |           |  |       |
| 出産(予定)日                           |  | 年   | 月                | 日  |           |  |       |
| 申請者                               | <input type="checkbox"/> 利用者と同じ(記入不要)<br><input type="checkbox"/> 利用者とは異なる(以下に記入)  |   |                  |    |           |  |       |
|                                   | フリガナ   |   |                  |    |           |  |       |
|                                   | 氏名   |   |                  |    |           |  |       |
|                                   | 続柄   |   | 利用者から見て _____    |    |           |  |       |
| 電話番号                              |  | _____ - _____   |                  |    |           |  |       |
| 対象者の世帯構成                          | 氏名   | 続柄  | 生年月日             | 職業 | 備考        |  |       |
|                                   |  |   |                  |    |           |  |       |
|                                   |  |   |                  |    |           |  |       |
|                                   |  |   |                  |    |           |  |       |
| 世帯の区分                             | <input type="checkbox"/> ① 生活保護世帯・市町村民税非課税世帯<br><input type="checkbox"/> ② 所得税非課税世帯<br><input type="checkbox"/> ③ その他の世帯 ※①・②は証明書が必要です。                          |   |                  |    |           |  |       |
| 申請理由                              | <input type="checkbox"/> ① 妊娠中又は出産直後で昼間介助者がいないので、家事や育児に困難をきたしている<br><input type="checkbox"/> ② 多胎のため、家事や育児に困難をきたしている<br><input type="checkbox"/> ③ その他 ( _____ ) |   |                  |    |           |  |       |
| 希望するサービスの内容<br>希望するサービスに☑を付けて下さい。 | 家事援助   | <input type="checkbox"/> 食事の準備及び後かたづけ<br><input type="checkbox"/> 衣類の洗濯、補修<br><input type="checkbox"/> 居室等の日常的な清掃、整理整頓<br><input type="checkbox"/> 近隣店舗で持てる範囲の買い物<br><input type="checkbox"/> 関係機関との連絡<br><input type="checkbox"/> その他必要な家事援助 ( _____ ) |                  |    | 乳児の育児援助   | <input type="checkbox"/> 授乳<br><input type="checkbox"/> おむつ交換<br><input type="checkbox"/> 沐浴介助<br><input type="checkbox"/> 適切な育児環境の整備<br><input type="checkbox"/> その他必要な育児援助 ( _____ ) |       |
| 希望事業者                             | (第一希望)<br>(第二希望)   |   |                  |    |           |  |       |

※サービスを利用する日時等は裏面にご記入ください。

※ 1回2時間1日2回まで利用できます。

\* 記入不用

|    | 利用日 | 利用時間  | 派遣事業者 | 備考 |
|----|-----|-------|-------|----|
| 1  | /   | : ~ : |       |    |
| 2  | /   | : ~ : |       |    |
| 3  | /   | : ~ : |       |    |
| 4  | /   | : ~ : |       |    |
| 5  | /   | : ~ : |       |    |
| 6  | /   | : ~ : |       |    |
| 7  | /   | : ~ : |       |    |
| 8  | /   | : ~ : |       |    |
| 9  | /   | : ~ : |       |    |
| 10 | /   | : ~ : |       |    |
| 11 | /   | : ~ : |       |    |
| 12 | /   | : ~ : |       |    |
| 13 | /   | : ~ : |       |    |
| 14 | /   | : ~ : |       |    |
| 15 | /   | : ~ : |       |    |
| 16 | /   | : ~ : |       |    |
| 17 | /   | : ~ : |       |    |
| 18 | /   | : ~ : |       |    |
| 19 | /   | : ~ : |       |    |
| 20 | /   | : ~ : |       |    |

( 備 考 )