

エンゼルヘルパー派遣事業登録申請書

年 月 日

(あて先)千葉市長

下記のとおりエンゼルヘルパー派遣事業の登録を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) <input type="checkbox"/> 利用者と異なる(以下に記入)					
	フリガナ					
	氏名					
	続柄	利用者から見て				
電話番号	- -					
世帯構成	氏名	続柄	生年月日	職業	備考	
その他	ペット 有・無 (詳細: )					
	無料駐車場 有・無 (詳細: )コインパーキング料金負担 可・否					
世帯の区分	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯・市町村民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 市民税所得割非課税世帯 又は 課税額48,600円未満の世帯 <input type="checkbox"/> ひとり親世帯(児童扶養手当受給相当) <input type="checkbox"/> 多胎世帯(双子など同時に2人以上を妊娠又は出産した家庭にあつては、母子手帳の写しなど) <input type="checkbox"/> その他の世帯 ※①・②・③・④は、証明書が必要です。					
申請理由	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 多胎のため、家事や育児に困難をきたしている。 <input type="checkbox"/> その他( )					
利用予定開始日	年	月	日			
利用予定頻度	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週に数回 <input type="checkbox"/> 月に数回 <input type="checkbox"/> 介助人やご自身の体調に合わせて <input type="checkbox"/> その他( )					
希望する援助の内容 希望する見込みのある援助全てに☑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 <input type="checkbox"/> 衣類の洗濯、補修 <input type="checkbox"/> 居室等の日常的な清掃、整理整頓 <input type="checkbox"/> 近隣店舗で持てる範囲の買い物 <input type="checkbox"/> 関係機関との連絡 <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 <input type="checkbox"/> おむつ交換 <input type="checkbox"/> 沐浴介助 <input type="checkbox"/> 適切な育児環境の整備 <input type="checkbox"/> その他必要な育児援助 ( )	
希望事業者	(第一希望)		(第二希望)			