

エンゼルヘルパー派遣事業登録・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派遣事業の登録をし、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				
			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				
			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		
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	① 生活保護世帯・市町村民税非課税世帯 ② 市民税所得割非課税世帯 又は 課税額48,600円未満の世帯 ③ ひとり親世帯(児童扶養手当受給相当) ④ 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) ⑤ その他の世帯 ※①・②・③・④は証明書が必要です。						
申請理由	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 ② 多胎のため、家事や育児に困難をきたしている ③ その他(_____)						
希望する援助の内容 希望する援助全てに☑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1希望: _____			第2希望: _____			

※1回2時間1日2回まで利用できます。

	利用希望日	利用希望時間	希望事業者	備考
(例)	4/1以降いつでも	16:00~18:00以外いつでも	特になし	4/3以外 など
1				
2				
3				
4				
5				

(備 考)

候補日は複数あげていただけると調整がつきやすくなります。

5日前（土日祝日除く）前までのご申請が必要です。

初めての事業者と調整する場合、調整にお時間をいただきますので、お時間に余裕を持ってお申込みいただきますようお願いいたします。