

様式第 1（第 1 1 条関係）

産前・産後サポーター派遣事業利用申請書

年 月 日

東郷町長 様

下記のとおり、産前・産後サポーター派遣事業の利用を申請します。

記

申請者の状況	氏 名				
	生年月日	S・H	年	月	日生
	住 所	[〒470ー] (アパート等の場合は方書、号数まで記入) 東郷町			
	連絡先	固定 () FAX () 日中連絡のとれる番号 携帯 () 緊急連絡先 ① (続柄：) ② (続柄：)			
	出産(予定)日	年 月 日 現在 妊娠 週・産後 か月			
	派遣利用希望 (申請時点)	産前 <input type="checkbox"/> 妊娠_____週ごろ <input type="checkbox"/> 未定 産後 <input type="checkbox"/> 0～5 か月			
	母子健康手帳 交付日と番号 等	年 月 日 <input type="checkbox"/> 東郷町交付 <input type="checkbox"/> 東郷町以外交付 番号：_____			
	里帰りの有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (期間：産前 か月 産後 か月)			
世帯の状況	続柄	氏 名	生年月日	職業 (学年等)	備 考
	(生計中心者)				
	世帯区分	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> その他			

裏面も忘れずにご記入ください。

派遣を希望する理由	<input type="checkbox"/> 妊娠中又は出産後で心身の不調や育児不安があり、昼間に介助者がいないので家事や育児及び外出が困難である。		
派遣希望	期間	年 月 日から 年 月 日まで	
	日時等	週 日 時間 : ~ :	
	事業所名	(第1希望)	(第2希望)
	サービスの内容	<input type="checkbox"/> 家事に関すること（調理・洗濯・掃除・買物・ ） <input type="checkbox"/> 育児に関すること（授乳介助・沐浴介助・オムツ交換・ ） <input type="checkbox"/> 外出の付き添い <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	備考		
※利用のために、サポートプランを作成する必要があります。サポートプランは、担当保健師等と一緒に作成します。			
注意事項 1 1回の利用は1日2回、2時間までです。派遣時間の単位は、60分、90分、120分です。外出支援の場合は3時間、4時間の利用です。ただし、子育て世帯訪問支援事業及び多胎児サポーター派遣事業との併用はできません。 2 サポートは保護者と一緒にを行うことを原則としています。保護者の留守宅には派遣できません。町内であっても里帰り先には派遣できません。 3 町が定める家事・育児サポート以外の業務の依頼は受けることはできません。 4 サポーター派遣の決定は、2週間程度です。 5 決定通知が届きましたら、担当事業所に連絡し、訪問日程等を調整してください。 6 自己負担金は、サポーター又は事業所に直接お支払いください。			
同意書 1 東郷町が申請者及びその世帯の町民税課税状況を確認することに同意します。 2 産前・産後サポーター派遣事業利用申請書に記載のある情報をサポーター派遣事業者へ情報提供することに同意します。 3 申請者の利用状況について、サポーター派遣事業者から東郷町に情報提供することに同意します。 (個人情報の利用目的) サポーター派遣事業者からいただいた個人情報については、町が継続して相談・支援を行うために利用します。 <div style="text-align: right;">署名 _____</div>			

