

利用者の情報	フリガナ												生年月日		☐ 昭和 ・ ☐ 平成 <div> <div></div> <div></div> </div> 年 <div> <div></div> <div></div> </div> 月 <div> <div></div> <div></div> </div> 日				
	氏 名																		
	住 所 ※マンション等の 名称も記入		〒 <div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> - <div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>										(訪問者用駐車場 ☐ 有 ・ ☐ 無)						
	連 絡 先 ※マイカ(-)なし ※平日・日中につながりやすい番号を記入		電話番号①											緊急連絡先		氏名 続柄			
			電話番号②													携帯電話			
出産（予定）日		令 和	<div> <div></div> <div></div> </div>	年	<div> <div></div> <div></div> </div>	月	<div> <div></div> <div></div> </div>	日	出産（予定） 医療機関名										
退院（予定）日		令 和	<div> <div></div> <div></div> </div>	年	<div> <div></div> <div></div> </div>	月	<div> <div></div> <div></div> </div>	日											
お子さん ※妊娠中の方は、 妊娠週数のみ記入		フリガナ											出生体重		グラム				
		子の氏名											在胎週数 ※妊娠中の方は 妊娠週数		週 日				
同居の家族	同居家族の氏名				利用者との続柄				申請日現在の年齢				勤務先・就学先の名称						
									歳										
									歳										
									歳										
									歳										
現在の世帯に該当するものに ☑してください。			☐ 生活保護世帯 ☐ 市民税非課税世帯 ☐ 市民税課税世帯																

<p>申請理由</p> <p>該当するものに ☑してください。</p>	☐ 体調がよくない。 ☐ 近くに相談する人がいない。 ☐ かかりつけの産婦人科から勧められた。 ☐ その他（ ）		☐ 育児に不安がある。 ☐ 産後の家事・育児を手伝ってくれる人がいない。 ☐ 多胎児を妊娠又は出産をした。		
<p>利用申請期間 注1)</p>	<p>令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで</p>				
<p>利用希望事業所</p>	☐ 特に希望なし ☐ 希望あり（ （複数可）				
<p>その他希望 （予定があれば記入して ください。）</p>	<p>曜 日</p>	☐ 月 ☐ 火 ☐ 水 ☐ 木 ☐ 金 ☐ 土 ☐ 日			
	<p>時 間 帯</p>	☐ 午前中 ☐ 午後 ☐ その他（			

注1) 出産前に申請される場合は、予定日を基準にして希望期間を記載してください。
注2) 利用を希望される事業所の利用状況によって、ご希望の日にご利用できない場合があります。
注3) 利用料の他、派遣されたヘルパーの駐車料金や依頼された用務で生じるヘルパーの交通費等が別途生じる場合があります。

同意及び確認いただいた各事項について☑してください。

同意事項	☐ 当申請書に記載された情報を、広島市産後ヘルパー派遣事業の委託事業者へ情報提供すること。 ☐ 利用決定に当たり、広島市が利用者が属する世帯の世帯員の住民票を住民基本台帳等で調査・確認すること。 ☐ 自己負担額の決定に当たり、広島市が利用者及び利用者の配偶者の市民税等課税状況を市民税課税資料等で調査・確認すること。 ☐ 利用者が属する世帯の生活保護受給の有無を調査・確認されること。
確認事項	☐ 上記同意事項の調査・確認内容については、利用者本人又は利用者の配偶者及び利用者が属する世帯員から承諾を得ていることに相違ありません。

こども家庭センター 記入欄	
------------------	--