

広 第 号
令和 年 月 日

様

広 島 市 長 印
(区厚生部地域支えあい課)

広島市産後ヘルパー派遣依頼書

広島市産後ヘルパー派遣事業の実施について、次のとおり依頼します。

1 利用者

住 所 〒 広島市 区 町 丁目 番 号
氏 名

2 派遣期間

令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日

3 派遣回数・時間数

____回以内（1回当たり2時間以内）

4 利用者負担額

利用者区分 ☐ 区分1 ☐ 区分2

利用時間	1時間まで	1時間を超え 1時間30分まで	1時間30分を超え 2時間まで
利用者負担額	円	円	円

5 連絡事項

6 お問い合わせ先

〇〇区地域支えあい課（こども家庭センター）

電話 082- - FAX 082- -