

## 播磨町産後サポート事業利用申請書

年 月 日

播磨町長 様

申請者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

播磨町産後サポート事業実施要綱第8条の規定により、次のとおり支援者の派遣を申請します。

|                                 |   |                           |   |           |
|---------------------------------|---|---------------------------|---|-----------|
| ふりがな<br>利用者                     |   | 生年月日                      | 年 月 日   |           |
| 住所                              | 〒675-01<br>播磨町  | 電話番号                      | 携帯（<br>）<br>自宅（<br>）  |           |
| ふりがな<br>出産児名                    |   | 出産日                       | 年 月 日   |           |
| 希望する<br>支援者                     | <input type="checkbox"/> 助産師（乳房マッサージなど）<br><input type="checkbox"/> ホームヘルパー   |                           |   |           |
| ※希望する支援者がホームヘルパーの場合、下記をご記入ください。 |   |                           |   |           |
| 利用理由                            | 1 養育者の体調不良 <input type="checkbox"/> 有（病名・症状：<br>） <input type="checkbox"/> 無<br>2 家族等の支援 <input type="checkbox"/> 無（理由：<br>） <input type="checkbox"/> 有<br>3 その他の理由（<br>） |                           |   |           |
| サービスの<br>希望する<br>内容             | 期間  | 年 月 日から<br>年 月 日まで        | 育児に関すること<br>（日常的な内容に限る）   |           |
|                                 | 時間①   | 時 分～ 時 分                  | 家事に関すること<br>（日常的な内容に限る）   |           |
|                                 | 時間②   | 時 分～ 時 分                  |   |           |
|                                 | 日数<br>など  | 週 日<br>※希望に対応できない場合があります。 | <input type="checkbox"/> 授乳の支援<br><input type="checkbox"/> オムツ交換<br><input type="checkbox"/> 沐浴の介助<br><input type="checkbox"/> その他の育児支援<br>（<br>） |           |
| 利用者<br>と<br>出産児<br>以外の<br>同居家族  | 氏名  | 続柄                        | 生年月日  | 職業、学校等の名称 |
|                                 |   |                           | 年 月 日   |           |
|                                 |   |                           | 年 月 日   |           |
|                                 |   |                           | 年 月 日   |           |
|                                 |   |                           | 年 月 日   |           |
| 緊急<br>連絡先                       | 氏名  | 利用者との続柄（<br>）             | 住所  | 電話（<br>）  |

## 課税状況確認の同意書

播磨町長 様

播磨町産後サポート事業の利用料金確認のため、利用者の世帯の課税状況について確認することに同意します。

申請者

印