

エンゼルヘルパーサービス登録申請書

年 月 日

(あて先)千葉市長

下記のとおりエンゼルヘルパーサービスの登録を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				
	住所(上記と同じ場合は記入不要)		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		- -					
世帯構成	氏名	続柄	生年月日	職業	備考		
世帯の区分	<input type="checkbox"/> ①生活保護世帯・市町村民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> ②所得税非課税世帯 <input type="checkbox"/> ③その他の世帯 ※①・②は、証明書が必要です。						
申請理由	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> ②多胎のため、家事や育児に困難をきたしている。 <input type="checkbox"/> ③その他( )						
利用予定開始日	年 月 日						
利用予定頻度	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週に数回 <input type="checkbox"/> 月に数回 <input type="checkbox"/> 介助人やご自身の体調に合わせて <input type="checkbox"/> その他( )						
希望するサービスの内容	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	(第一希望) (第二希望)						