

エンゼルヘルパー派遣事業登録・利用申請書

年 月 日

(あて先) 千葉市長

下記のとおりエンゼルヘルパー派遣事業の(登録・利用)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		— —					
対象者の世帯構成	氏名	続柄	生年月日	職業	備考		
その他	ペット 有・無 (詳細:)						
	無料駐車場 有・無 (詳細:) コインパーキング 料金負担 可・否						
世帯の区分	① 生活保護世帯・市町村民税非課税世帯 ② 市町村民税所得割課税額48,600円未満の世帯 ③ ひとり親世帯(児童扶養手当受給相当) ④ 多胎世帯(双子など同時に2人以上を妊娠又は出産した家庭にあっては、母子手帳の写しなど) ⑤ その他の世帯 ※①・②・③・④は証明書が必要です。						
申請理由	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 ② 多胎のため、家事や育児に困難をきたしている ③ その他 ()						
利用希望日時	<input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 決まっている(裏面に利用希望日時等をご記入ください)						

【ご留意ください】

1回2時間、1日2回まで利用できます。

候補日は複数あげていただくと調整が付きやすくなります。

5日前（土日祝日除く）前までのご申請が必要です。

初めての事業者と調整する場合、調整にお時間をいただきますので、お時間に余裕を持ってお申込みいただきますようお願いいたします。

1. 利用希望日時

	利用希望日	利用希望時間
(例)	4/1以降いつでも1日 4/1～4/20の間で平日2回 など	16時～18時以外いつでも2時間 9時～16時の間で2時間または4時間 など
1		
2		
3		
4		
5		

2. 希望する援助内容（希望する内容すべてに☑を付けてください。）

家事援助	乳児の育児援助	外出時の援助
<input type="checkbox"/> 食事の準備、片付け <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"/> その他()	<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 ()	<input type="checkbox"/> 散歩・公園で遊ぶ <input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> 保育園等への送迎 <input type="checkbox"/> 健診・病院等の受診 <input type="checkbox"/> その他 ()

3. 希望事業者

有 ・ 無	
有の場合、希望事業者名をご記入ください	
第一希望：	第二希望：

(備 考)