様式第１号（第７条関係）

産前産後ホームヘルプサービス事業登録申請書

　　年　　月　　日

熊本市長　（宛）

申請者　住　所　〒　　－

　　　　　　　　熊本市 区

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　□利用者本人□その他（続柄）

電話番号

次のとおり産前産後ホームヘルプサービス事業を利用したいので申請します。

なお、当事業の決定に必要な住民基本台帳の調査をされることを同意します。

※必要箇所に☑をつけてください

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **利****用****者** | 住　所 | □同上　〒　　－　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　熊本市　区　　　　　　　　　　　　　　　　　　緊急連絡先　　　　　　　　　　 |
| ふりがな氏　名 |  | 生年月日 | (　　　歳) |
| 出産日または予定日（**該当に〇）** | （出産・出産予定）　　　月　　　日 | 生活保護　　　有　・　無有の場合は受給状況の調査をされることを同意します。 |
| 利用可能期間 | 　　　　　　　～ | 里帰り出産の方は裏面もご記入ください |
| 希望するサービスの内容 | 家事援助 | * 食事の準備及び後片づけ
* 衣類の洗濯
* 居室等の掃除
* 生活必需品の買物
 | 育児援助 | * 授乳の介助
* おむつ交換
* 沐浴の介助
* きょうだいの世話
* その他の育児援助
 |
| 同居世帯の状況（利用者を除く） | ふ　り　が　な氏　名 | 利用者との続柄 | 生年月日 | 介助の協力が得られない理由 |
| 　　　　　　　　男女 |  |  | □高齢　□疾病　　□未就学児□就労　□その他（　　　　） |
| 　　　　　　　　男女 |  |  | □高齢　□疾病　　□未就学児□就労　□その他（　　　　） |
| 　　　　　　　　男女 |  |  | □高齢　□疾病　　□未就学児□就労　□その他（　　　　） |
| 　　　　　　　　男女 |  |  | □高齢　□疾病　　□未就学児□就労　□その他（　　　　） |
| 両親の状況 | 父方　　□高齢　□疾病　□遠方　□就労　□その他（　　　　　　）母方　　□高齢　□疾病　□遠方　□就労　□その他（　　　　　　） |
| **第１希望** | 登録番号 |  | 事業所名 |  |
| **第2希望** | 登録番号 |  | 事業所名 |  |
| 希望する曜日・時間〇をつけてください | （曜日）　　月　　火　　水　　木　　金　　※　土　日　（※事業者要相談）（時間帯）　　午前　・　午後・□夕方（１６時～１８時）□未定 |
|  |
| 受付 | 中央　東　西　南　北（管轄/中央　東　西　南　北） | 受付印 | 受け渡し担当者 |
| 受付番号 |  | 里帰り先派遣 | □あり　　□なし |
| 台帳番号 |  | 確認事項 | □住所□親子（母子）健康手帳 |
| 決　　裁 | □決定　　□非該当 |

里帰り先の住所及び世帯の状況等

|  |  |
| --- | --- |
| 里帰り先住所 | 〒　　　－　　　　　　　　　　　　　　電話番号　熊本市　　　　　　　　　　　　　　　緊急連絡先 |
| 同居世帯の状況（利用者を除く） | ふ　り　が　な氏　　名 | 利用者との続柄 | 生年月日 | 介助の協力が得られない理由 |
| 　　　　　　　　男女 |  |  | □高齢　□疾病　　□就労　□その他（　　　　） |
| 　　　　　　　　男女 |  |  | □高齢　□疾病　　□就労　□その他（　　　　） |
| 　　　　　　　　男女 |  |  | □高齢　□疾病　　□就労　□その他（　　　　） |
| 　　　　　　　　男女 |  |  | □高齢　□疾病　　□就労　□その他（　　　　） |
| 　　　　　　　　男女 |  |  | □高齢　□疾病　　□就労　□その他（　　　　） |

様式第４号（第９条関係）

産前産後ホームヘルプサービス事業登録変更・辞退届

年　　月　　日

熊本市長　（宛）　　　　　　　　　申請者　住　所　〒　　　－

　　　　　　　　　　　　　　　　　 熊本市

氏　名

　電話番号

次のとおり申請します。

□　変更　　　□　辞退

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用者 | 住所 | □同上　〒　　　　　　　　　　　　　電話番号熊本市 |
| 氏名 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **変更内容** | **変更前** | **⇒　　　　　　変更後** |  |
| 住　所 |  |  |
| 里帰り先 |  |  |
| 氏　名 |  |  |
| 事業所変更 | 番号 | 第１希望事業者名 | 番号 | 第１希望事業者名 |
|  |  |  |  |
| 番号 | 第２希望事業者名 | 番号 | 第２希望事業者名 |
|  |  |  |  |
| 生活保護受給 | 有　　　・　　　無 | 有　　　・　　　無 |
| その他 |  |  |
| **辞退理由** | □介助者ができたため □転出□その他（　　　　　　　　　　） |
|  |  |  |  |
| 受付場所 | 中央　　東　　西　　南　　北　　 | 受付印 | 受け渡し担当者 |
| 受付番号 |  | 確認事項 | □親子（母子）健康手帳　□住所　□その他　 |
| 台帳番号 |  |  |
| 決　　裁 | □決定　　□非該当 |