

舟橋村産前産後ヘルパー派遣事業利用申込書・同意書

年 月 日

(宛先)
舟橋村長

申込者氏名 (利用者との続柄:) 印

下記のとおり、産前産後ヘルパー派遣を申し込みます。この申込にあたり、住所や出生日等を確認されることや、サービス提供に関して関係機関と情報共有など連携したり、訪問されることについて同意します。

利用者の状況	氏 名				昭・平 年 月 日生(歳)	
	住 所	(〒 -) 富山県中新川郡舟橋村 (アパート等の場合は方書、号数まで記入) 〔電 話〕() - 〔日中連絡のとれる電話番号・携帯等〕() - 〔メールアドレス〕 ※連絡がとれない場合、派遣事業者からメールで連絡が行くことがあります。				
	緊急連絡先	〔電話 () - 〕				
	出産(予定)日	年 月 日 (予定)			母子健康手帳番号	
	身体 の 状 況	・妊娠中 ☐ 異常なし ☐ あり() ・出産後 ☐ 異常なし ☐ あり()				
	世 帯 の 状 況	氏 名	続柄	生年月日	職業・学校	備 考
	(生計中心者)					
派 遣 希 望	事業者名					
	サービス の内容 ※該当する 区分に V印を記入	家事 に関 する こと ☐ 調理 ☐ 衣類の洗濯、補修 ☐ 居室等の掃除、整理整頓 ☐ 生活必需品の買物 ☐ その他()	育 児 に 関 する こ と ☐ 授乳の手伝い ☐ オムツ交換の手伝い ☐ 沐浴の手伝い ☐ きょうだいの世話(送迎を除く) ☐ その他()			
備 考						

(注) 次のいずれかに該当する場合には、原則としてヘルパーを派遣しません。

(1) 本人又は同居する家族が感染症を有すると認められるとき。

(2) 舟橋村が実施する事業等によって、家事又は育児の支援を行うヘルパーの派遣を受けることが決定したとき。

(注2) 申込の事項に変更が生じたとき又は利用を廃止する必要があるときは、速やかに舟橋村生活環境課に連絡してください。(電話番号 076-464-1121)

(注3) この申込書で得た情報は目的とするもの以外には使用しません。

同意書

1. ご利用に際し、母子の心身の状態等により、ヘルパー事業者が舟橋村役場等から情報提供を得ること。
2. ヘルパー事業実施後、継続支援が必要な場合等、ヘルパー事業者が舟橋村役場に連絡すること。
3. ヘルパー事業の利用について、次のことを遵守すること。
 - (1) 感染症罹患等緊急の理由が無くキャンセルする時は、派遣予定日の前日の午後3時までには連絡します。
 - (2) ヘルパーの仕事内容は、別紙に書いてある提供内容から選びます。
 - (3) 以上のことのほか、気になることや心配なことは、その都度ヘルパー事業者や舟橋村役場に相談します。

舟橋村産前産後ヘルパー事業を利用するにあたり、以上の項目に同意します。

利用者氏名(自署)