**枚方市多胎児家庭育児支援事業利用申込書【妊娠中の方用】**

受付番号　　－

　　年　　月　　日

枚方市長

申請者　　〒５７３－

住　　所　　枚方市

氏　　名

電話番号

緊急連絡先

枚方市多胎児家庭育児支援事業の利用について、次の通り申し込みます。なお、ヘルパー派遣にあたり、申込書に記載された事項を、必要に応じ受託事業者に提供することを承諾します。また、「利用希望期間」については、（出産後、提出された母子健康手帳等のコピーに基づき）市が記入することに同意します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用者 | 氏名 |  |
| 住所 | 〒573- |
| 対象児については、後日提出予定の母子健康手帳等のコピーのとおり。※出産後、母子健康手帳のコピーなど、子どもの氏名、生年月日が確認できるものをご提出ください。（郵送可） |
|  |
| 同居家族 | 氏　　名 | 続柄 | 備　　考 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 【利用を希望するサービスの種類】　　□ホームヘルパーの派遣　　□ファミリーサポートセンター利用料の補助 |
| 市担当者記入欄 |
| **１．ホームヘルパーの派遣** |
| 援助を利用する日時等 | 利用希望期間：　　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日の間利用希望曜日：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）利用希望時間帯：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 希望する援助内容（1回につき2時間まで） | 育児援助 | □授乳□おむつ交換□もく浴補助□その他必要な育児援助　（　　　　　　　　　　　） | 家事援助 | □食事の準備及び後片付け□居室等の掃除及び整理整頓□衣類の洗濯及び補修□生活必需品の買い物□その他必要な家事援助（　　　　　　　　　　　） |
| 希望事業者名 | 第１希望：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）第２希望：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）第３希望：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 特記事項 | （健康状態やアレルギーの有無等、特にホームヘルパー派遣事業者に伝えておく必要のある事項があれば記入してください。） |

市担当者が記入欄

|  |
| --- |
| **２．ファミリーサポートセンター利用料の補助** |
| 会員番号 |  |
| 利用希望期間 | 　　　　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日の間 |
| 希望する主な援助内容 |  |