（様式1）

下仁田町産後ママヘルパー派遣申込書

年　　月　　日

（あて先）下仁田町長 行

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

下仁田町産後ママヘルパーの派遣を次のとおり申し込みます。

<table>
<tr><td rowspan="3">対　象　者</td><td>住　所</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>母の氏名</td><td></td><td>生年月日</td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td>電話番号</td><td></td><td>出産年月日</td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td>今回出産した子</td><td colspan="2">1．ひとり
2．二人以上（双子等）</td><td>退院年月日</td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td rowspan="10">希望する派遣日</td><td colspan="4">1．　年　月　日　時　分から　時　分</td></tr>
<tr><td colspan="4">2．　年　月　日　時　分から　時　分</td></tr>
<tr><td colspan="4">3．　年　月　日　時　分から　時　分</td></tr>
<tr><td colspan="4">4．　年　月　日　時　分から　時　分</td></tr>
<tr><td colspan="4">5．　年　月　日　時　分から　時　分</td></tr>
<tr><td colspan="4">6．　年　月　日　時　分から　時　分</td></tr>
<tr><td colspan="4">7．　年　月　日　時　分から　時　分</td></tr>
<tr><td colspan="4">8．　年　月　日　時　分から　時　分</td></tr>
<tr><td colspan="4">9．　年　月　日　時　分から　時　分</td></tr>
<tr><td colspan="4">10．　年　月　日　時　分から　時　分</td></tr>
<tr><td>希望する支援内容
・希望するものに○をつけてください。</td><td colspan="4">(1)乳児のもく浴介助及び育児支援　(5)衣類の洗濯
(2)在宅での兄弟・姉妹の世話　(6)生活必需品等の買い物
(3)食事の準備及び後片付け　(7)育児や日常生活の会話
(4)居室等の掃除及び整理整頓</td></tr>
<tr><td rowspan="6">世帯員の状況</td><td>氏　名</td><td>母との続柄</td><td colspan="2">生　年　月　日</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2">年　月　日（　歳）</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2">年　月　日（　歳）</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2">年　月　日（　歳）</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2">年　月　日（　歳）</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2">年　月　日（　歳）</td></tr>
<tr><td>＊町記入欄</td><td colspan="4">(1)派遣要否
・承諾　・不承諾（理由　　）
(2)利用世帯の区分
・一般　・生活保護
(3)利用者負担額　300円×　回＝　円
500円×　回＝　円
600円×　回＝　円
1,000円×　回＝　円</td></tr>
</table>