

様式第9号（第10条関係）

東海村産前・産後ヘルプサポート事業利用申請書

年 月 日

東海村長 様

申請者 住所  
氏名  
電話番号

次のとおり東海村産前・産後ヘルプサポート事業の利用を申請します。

利用者	住所	東海村		電話番号	
	氏名			生年月日	年 月 日
出産日又は 出産予定日		年 月 日		事前調整 が可能な 日時	年 月 日 午前・午後 時頃
多胎の状況		多胎 人（多胎の場合のみ）			
派遣期間, 日数, 時間	期間				
	日数				
	時間				
身体の状況		妊娠中 異常なし・あり（内容 ） 出産後 異常なし・あり（内容 ）			
派遣理由					
必要とする サービスの 内容		<家事に関すること> <input type="checkbox"/> 食事の準備及び後片付け <input type="checkbox"/> 衣類の洗濯及び補修 <input type="checkbox"/> 住居等の掃除及び整理整頓 <input type="checkbox"/> 生活必需品の買物 <input type="checkbox"/> 関係機関等との連絡 <input type="checkbox"/> その他（ ）		<育児に関すること> <input type="checkbox"/> 調乳準備及び後片付け <input type="checkbox"/> 沐浴準備及び後片付け <input type="checkbox"/> 関係機関との連絡 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
緊急連絡先	氏名			電話番号	
	住所			利用者との 続柄	
同居の家族	氏名	利用者との続柄	生年月日	勤務先, 学校等の名称	

東海村産前・産後ヘルプサポート事業利用に関する審査のため、非課税証明書を提出します。 氏名 \_\_\_\_\_ ㊟

※ここからは記入しないでください。

世帯の区分	<input type="checkbox"/> 所得税課税世帯	<input type="checkbox"/> 所得税非課税世帯	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯
-------	----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------