

第1号様式

横浜市産前産後ヘルパー

いずれかに○してください。「産前産後」は妊娠32週以降に産前の利用申請と産後の事前登録を同時に行う場合が該当します。

横浜市 福祉保健センター長

私は、横浜市産前産後ヘルパーについて、【産前・産後・産前産後】の利用（登録）を申請します。

申請者	(ふりがな) 氏 名		生年月日	昭和・平成 年 月 日生
	住 所	横浜市 区	TEL	
		緊急連絡先		
出産日		令和 年 月 日		※出産後の場合は「出産日」、 出産前の場合は「出産予定日・現在の妊娠週数」を ご記入ください。
出産予定日 現在の妊娠週数		令和 年 月 日・妊娠 週		
母子健康手帳番号		記入ください。		
世帯構成 (申請者を除く)	氏 名	同居している全ての方をご記入 ください。		
		生年月日		
		昭和・平成・令和 年 月 日		
		昭和・平成・令和 年 月 日		
		昭和・平成・令和 年 月 日		
世帯の区分 ()に○を記入してください。	() ①生活保護世帯・市町村民税非課税世帯（※証明書が必要です） () ②市町村民税所得割77,100円以下の世帯（※証明書が必要です） () ③市町村民税所得割77,101円以上の世帯			
申請理由 ()に○を記入してください。	() ①妊娠中で、心身の不調等が ありません。 () ②出産後5カ月未満で、日 () ③多胎児出産後1年未満で、 HPに掲載している事業者一覧からご 記入ください。申請前に事業者との 事前調整をお願いします。			
派遣希望事業者名 (※1)				
添付書類	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書 <input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 生活保護証明書 <input type="checkbox"/> 市民税課税証明書			

情報提供に関する同意書

福祉保健センター長

横浜市産前産後ヘルパー利用申請書に記載のある情報をヘルパー派遣事業者に情報提供することに同意します。また、利用者の健康状態等について、ヘルパー派遣事業者から福祉保健センターに情報提供することに同意します。

令和 年 月 日 申請者氏名

※1 事前に利用を希望する事業者へ電話等により派遣の可否をご確認ください。

また、事業者の併用はできません。