

第1号様式

横浜市産前産後ヘルパー利用(登録)申請書

令和 年 月 日

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	〒 TEL 横浜市 区 (建物名) 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	※8桁の数字をご記入ください。		
世帯構成 (申請者を除く)	氏名	申請者との続柄	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 () ②市民税算出所得割額77,100円以下の世帯 () ③市民税算出所得割額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、日中、家事や育児を行う者が他に いません。 () ②出産後5カ月未満で、日中、家事や育児を行う者が他にいません。 () ③多胎児出産後1年未満で、日中、家事や育児を行う者が他にいません。		
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		
同意書			
福祉保健センター長			
1 本申請書に記載のある情報をヘルパー派遣事業者へ情報提供すること。 2 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。 3 本事業利用の審査のため、市が申請者及びその世帯全員の課税台帳の閲覧等、事務処理に必要な情報を確認すること。なお、申請者において世帯全員の同意は取得済みである。			
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。