

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		
世帯構成 (申請者を除く)	氏名	同居しているすべての方 を記入してください。	生年月日
			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、心身の不調があるため、子どもの養育に支障があり、 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。 ( 派遣事業者名簿の中からお選びください。事業者の詳細は各社のHP等をご 覧ください。 )		
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。