

吹田市産後家事支援事業利用申請書

令和 年 月 日

吹田市長 へ

下記のとおり吹田市産後家事支援事業の利用を申請します。

申請者 (利用者)	(ふりがな) 氏名				生年月日	昭和 平成	年	月	日	
	住所	吹田市 電話								
	緊急連絡先	氏名	(申請者との関係)			電話				
		住所								
	(ふりがな) 利用する 乳児の氏名				出生日 (出産予定 日)	(	年	月	日)	
世帯 構成	氏名	ふりがな	続柄	生年月日			職業			
				年 月 日						
				年 月 日						
				年 月 日						
世帯区分 <small>いずれかに☑をつけてください。</small>		<input type="checkbox"/> 市民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯								
利用申請理由		<input type="checkbox"/> 産後、家族(児の父親、祖父母)等から、日中に十分な家事等の援助が受けられないため。 <input type="checkbox"/> 心身の健康上の問題等により、家事や育児が困難であるため。 <input type="checkbox"/> 産後の体調等に不安があるため。(妊娠中の申請の場合) ⇒再度産後に状況を確認させていただきます。 <input type="checkbox"/> その他( )								
希望するサービス		家事支援			育児援助					
		<input type="checkbox"/> 炊事(食事の準備及び片づけ) <input type="checkbox"/> 洗濯(衣類の洗濯及び補修) <input type="checkbox"/> 掃除(居室等の掃除、整理整頓) <input type="checkbox"/> 日用品の買い物 <input type="checkbox"/> その他( )			<input type="checkbox"/> 授乳の援助 <input type="checkbox"/> おむつ交換の援助 <input type="checkbox"/> 沐浴の援助 <input type="checkbox"/> 適切な育児環境の整備 <input type="checkbox"/> その他( )					
利用希望		期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日の間							
		回数	週 ____ 回 / 合計回数 ____ 回 ※上限36回							
		時間	1時間 ・ 2時間							
※備考(吹田市記入)		<支援計画> 利用期間: 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 決定事業所: 支援内容: <input type="checkbox"/> 上記のとおり <input type="checkbox"/> その他( )								

裏面にも御記入ください。

利用にあたっての参考にさせていただきます。下記についてお答えください。

①家族等から家事や育児等の協力は十分得られていますか？

はい ・ いいえ

いいえの場合、協力が得られない理由はなんですか。(例:夫の単身赴任等)

{

}

②心身の不調がありますか？

はい ・ いいえ

はいの方は、どのようなことですか？

{

}

③お子さんの養育や家事に支障はありますか？

はい ・ いいえ

はいの方は、どのようなことですか？

{

}

④過去に大きな病気をされたこと(または、治療中の病気)はありますか？

はい ・ いいえ

はいの方は、どのようなご病気ですか？

{

}

⑤過去や現在、こころの問題でカウンセラーや心療内科、精神科クリニック等に相談したことがありますか？

現在相談している ・ 過去に相談していた ・ いいえ

⑥お母さんや赤ちゃんの食べ物に関して、アレルギー等配慮が必要なことはありますか？

はい ・ いいえ

はいの方は、どのような内容ですか？

{ お母さん

}

{ 赤ちゃん

}

}

⑦赤ちゃんのことで伝えておきたいことや心配なことはありますか？

はい ・ いいえ

はいの方は、どのようなことですか？

{

}

⑧その他、気になることがあれば御記入ください。

{

}

#### 同意欄

①吹田市産後家事支援事業の利用にあたり、吹田市が委託事業者に対して必要な個人情報を提供すること、及び委託事業者が吹田市に対して利用者の健康状態等必要な個人情報を提供すること。

②吹田市が吹田市産後家事支援事業に係る審査に必要な範囲において、申請者及び同一世帯員の市民税課税状況等について調査・閲覧し、当該調査で確認できない場合は申請者が必要な書類を提出すること。

③利用決定後、利用日をやむを得ず変更又はキャンセルする場合は、訪問日の前日(土・日・祝日の場合はその前日)の午後5時までにすみやかに委託事業者及び保健センターに連絡すること。また、前日(土・日・祝日の場合はその前日)の午後5時までに連絡をしていない場合は、支援を受けなかった場合でも1回利用したとみなすこと。

④自己負担金を委託事業者に対して支払うこと。

上記①②③④について、同意いたします。

令和 年 月 日  
申請者氏名

印

#### \*市確認欄

世帯状況

区分 1

区分 2