

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 あて

※住所はマンション名等も記入してください。

|              |      |   |   |        |      |   |   |
|--------------|------|---|---|--------|------|---|---|
| 申請者<br>(妊産婦) | 氏名   |   |   |        |      |   |   |
|              | 生年月日 | 年 | 月 | 日 ( 歳) | 電話番号 | - | - |
|              | 住所   | 〒 | - | 吹田市    |      |   |   |

次のとおり事業の利用を申請します。また、裏面に記載された同意事項の全てに同意します。

|        |      |  |         |         |              |
|--------|------|--|---------|---------|--------------|
| 利用する乳児 | ふりがな |  |         | 出生日     | 令和 年 月 日     |
|        | 氏名   |  |         | (出産予定日) | ( 令和 年 月 日 ) |
| 緊急連絡先  | ふりがな |  | 申請者との関係 | 住所      |              |
|        | 氏名   |  |         | 電話番号    | - -          |

| 世帯員<br>その他の | 氏名 | ふりがな | 続柄 | 生年月日  | 職業・所属等 |
|-------------|----|------|----|-------|--------|
|             |    |      |    | 年 月 日 |        |
|             |    |      |    | 年 月 日 |        |
|             |    |      |    | 年 月 日 |        |
|             |    |      |    | 年 月 日 |        |

世帯区分 (いずれかに☑をつけてください)  市民税課税世帯  市民税非課税世帯  生活保護世帯

申請理由等 以下の項目のすべてに該当  する ・  しない ※該当しない場合は申請できません。

- 産後、家族等からの支援を受けることが困難である。
- 産後、心身の不調等がある。(妊娠中の申請の場合、産後に改めて状況を確認させていただきます。)
- 母子ともに医療機関等への入院又は入所を要さない。

|        |   |                       |  |  |
|--------|---|-----------------------|--|--|
| 利用希望内容 | 家事支援  |                       | 育児援助   |  |
|        | <input type="checkbox"/> 炊事(食事の準備及び片付け)<br><input type="checkbox"/> 洗濯(衣類の洗濯及び補修)<br><input type="checkbox"/> 掃除(居室等の掃除、整理整頓)<br><input type="checkbox"/> 日用品の買い物<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |                       | <input type="checkbox"/> 授乳の援助<br><input type="checkbox"/> おむつ交換の援助<br><input type="checkbox"/> 沐浴の援助<br><input type="checkbox"/> 適切な育児環境の整備<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |  |
|        | 利用希望期間  | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日   |  |  |
|        | 利用回数・時間   | 週 回 1・2 時間/日 ※上限回数36回 |  |  |
|        | 都合の悪い時間帯や曜日   | 無・有 (有の場合: )          |  |  |

|            |                              |                           |
|------------|------------------------------|---------------------------|
| 記入欄<br>吹田市 | 【世帯状況】                       | 利用期間: 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 |
|            | <input type="checkbox"/> 区分1 | 決定事業所:                    |
|            | <input type="checkbox"/> 区分2 | 回数・時間: 週 回、 1時間・2時間       |
| 特記事項       |                              |                           |

裏面にもご記入ください。

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が得られない理由やサポート状況をお答えください。

[ ]

②心身の不調についてお答えください。 ※妊娠中の申請の場合は、産後改めて状況をお聞かせください。

[ ]

③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」の場合は詳細も記入してください。

いいえ

・ はい

[ ]

④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？

※「過去に相談していた」または「現在している」場合は詳細も記入してください。

いいえ

・ 過去に相談していた

・ 現在している

[ ]

⑤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」の場合は詳細も記入してください。

いいえ

・ はい

お母さん

赤ちゃん

[ ]

⑥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」の場合は詳細も記入してください。

いいえ

・ はい

[ ]

⑦（市民税非課税の方）今年の1月1日（1～6月に申請の場合は今年の1月1日）に吹田市に居住（住民登録）をしていましたか？

吹田市

・ 吹田市以外

※「吹田市以外」の場合、居住していた市区町村が発行する次のいずれかの書類が必要です。

①課税（非課税）証明書 ②住民税課税額決定通知書の写し

（提出がない場合は課税とみなします。）

⑧その他、気になることがあれば記入してください。

[ ]

### 同意事項

- ①吹田市産後家事支援事業の利用にあたり、吹田市が委託機関に対して必要な個人情報を提供すること、及び委託機関が吹田市に対し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・閲覧すること。
- ③利用決定後、変更又はキャンセルする場合は、訪問日の前日(土・日・休祝日の場合はその前日)の午後5時までに委託事業者及び保センターに連絡すること。また、前日(土・日・休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回利用したとみなして利用期間を通算すること。
- ④自己負担金を委託機関に対して支払うこと。