

神戸市多胎児家庭ホームヘルプサービス派遣申請書兼情報提供同意書

神戸市長 あて

次のとおり多胎児家庭ホームヘルプサービスの派遣を申請します。

申請者	住所	〒 - 神戸市 区			
	(ふりがな) 氏名	()	体の具合(精神的なものも含む) 良い 普通 悪い()		
	出生日	令和 年 月 日	申請日時点での対象児の年齢()歳		
対象児	(ふりがな) 氏名	()	退院日	令和 年 月 日	
		男・女	出生時の体重 g		
	(ふりがな) 氏名	()	退院日	令和 年 月 日	
		男・女	出生時の体重 g		
	(ふりがな) 氏名	()	退院日	令和 年 月 日	
		男・女	出生時の体重 g		

世帯構成	氏名	続柄	生年月日	年齢	職業	備考	

希望内容	① 1週間に()回程度 ② 曜日:月(午前・午後)・火(午前・午後)・水(午前・午後)・木(午前・午後)・金(午前・午後)・土(午前・午後) ③ サービス内容 生活必需品の買物・掃除・調理・衣類の洗濯・その他の家事 授乳介助・沐浴・沐浴介助・おむつ交換・外出支援・その他の育児 ④ その他連絡事項()
------	---

同意欄	本申請書の内容を神戸市多胎児家庭ホームヘルプサービス事業受託事業者へ情報を提供すること、および、事業者から神戸市へ実施結果を情報提供することに同意します。 署名 _____
-----	---

同意欄 (生活保護受給中の場合のみ)	私は、生活保護適用の有無について、福祉事務所に照会することを同意します。 署名 _____
-----------------------	--

※ 以下は必要な場合のみ添付

添付書類	① 市県民税非課税世帯の場合	市県民税非課税証明書(世帯全員分)
	② 生活保護世帯の場合	生活保護適用証明書(情報提供の同意がない場合)