

(様式1号) 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。 令和 年 月 日

申請者	住所	〒 - TEL () - 神戸市 区		
	氏名	(ふりがな)	体の具合 (精神的なものも含む) <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪い ()	
児の生年月日	令和 年 月 日 申請日時点での年齢 () 歳			
対象児	名前	(ふりがな)	退院日	令和 年 月 日
		男・女	出生体重 () g	
	名前	(ふりがな)	退院日	令和 年 月 日
		男・女	出生体重 () g	
	名前	(ふりがな)	退院日	令和 年 月 日
		男・女	出生体重 () g	

世帯構成 (対象児以外)	氏名	生年月日	年齢	続柄	職業

希望内容	① 1週間に () 回程度	
	② 曜日	<input type="checkbox"/> 月曜日 (午前・午後) <input type="checkbox"/> 火曜日 (午前・午後) <input type="checkbox"/> 水曜日 (午前・午後) <input type="checkbox"/> 木曜日 (午前・午後) <input type="checkbox"/> 金曜日 (午前・午後) <input type="checkbox"/> 土曜日 (午前・午後)
	③ サービス内容	<input type="checkbox"/> 生活必需品の買い物 <input type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> 衣類の洗濯 <input type="checkbox"/> その他の家事 <input type="checkbox"/> 授乳介助 <input type="checkbox"/> 沐浴介助 <input type="checkbox"/> おむつ交換 <input type="checkbox"/> 外出支援 <input type="checkbox"/> その他の育児
	④ その他連絡事項	()

同意欄	下記の内容について同意します。 ① 本申請に関する内容及び必要時新生児訪問指導等の神戸市における実施状況を事業者提供すること ② 本事業で知り得た利用者の健康状態等について事業者から神戸市に情報提供すること ③ 本申請にあたり神戸市が申請者の住民登録を確認すること <p style="text-align: right;">署名 _____</p>
-----	---

同意欄 (生活保護世帯のみ)	生活保護適用 (世帯全員) の有無について照会することに同意します。また、本申請にあたり生活保護の照会について世帯全員から同意を得ています。 <p style="text-align: right;">署名 _____</p>
-------------------	--

※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)