

## 台東区産前産後支援ヘルパー利用申請書

台東区長 殿

**【申請者】**

氏名	フリガナ	電話番号	
住所	〒 台東区 <small>※マンション名まで記入してください。</small>		
課税状況 (いずれかに☑)	<input type="checkbox"/> 1.生活保護法による保護受給世帯又は中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律による支援給付を受けている方の属する世帯 <input type="checkbox"/> 2.当該年度の住民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 3.上記のどちらにも該当しない世帯		

東京都台東区産前産後支援ヘルパー事業実施要綱第7条の規定に基づき、産前産後支援ヘルパー事業の利用を、次のとおり申請します。

**【妊娠・出産の状況】**

妊産婦氏名	フリガナ	生年月日	年 月 日
乳幼児氏名 <small>(妊娠中は記入不要)</small>	フリガナ	生年月日 <small>(出産予定日)</small>	年 月 日

※多胎の場合は、乳幼児全員の氏名を「、」で区切ってご記入ください。例) 台東 太郎、花子

**【母子保健事業の実施状況】**

事業名	実施状況 (どちらかに☑)	家庭状況 (※)
ゆりかご・たいとう面接	<input type="checkbox"/> 実施済・ <input type="checkbox"/> 未実施	<input type="checkbox"/> 変更なし・ <input type="checkbox"/> 変更あり
乳児家庭全戸訪問	<input type="checkbox"/> 実施済・ <input type="checkbox"/> 未実施	<input type="checkbox"/> 変更なし・ <input type="checkbox"/> 変更あり
3～4か月児健康診査	<input type="checkbox"/> 実施済・ <input type="checkbox"/> 未実施	<input type="checkbox"/> 変更なし・ <input type="checkbox"/> 変更あり
1歳6か月児健康診査	<input type="checkbox"/> 実施済・ <input type="checkbox"/> 未実施	<input type="checkbox"/> 変更なし・ <input type="checkbox"/> 変更あり

※実施後に世帯構成等、育児等に影響のある変更があった場合は、「変更あり」に☑をしてください。

(変更があった場合) 変更内容を記入してください。

**【確認事項】 (すべての項目を確認後、☑をしてください。)**

☐	家庭内に妊産婦及び乳幼児を介助する者がおらず、育児や家事が困難な状況となっている為、産前産後支援ヘルパーの派遣を希望します。
☐	申請後、支援してくれる両親が同居した等、家庭環境に変更があった場合、直ちに浅草保健相談センターへ申し出ます。
☐	申請にあたり、必要があるときは台東区が保有する母子保健事業に関する情報、住民税の課税状況、生活保護者相談事務に関する情報を閲覧することに同意します。
☐	ヘルパーによる育児支援を希望する場合、自らの責任によりサービスの提供を受け、本サービスの提供により生じた事故、及びそれによる損害については区は一切の責任を負いかねることに同意します。

