

産後に

# 子育て支援ヘルパーが家事・育児をお手伝いします

## 1. ヘルパーを利用できるご家庭

- \*出産後、援助してくれる人がおらず、家事・育児のお手伝いが必要な家庭。
- \*妊娠に伴う疾病により、安静が必要と医師から診断された妊婦さんのいる家庭。
- ※妊婦さんの入院中は、利用できません。



## 2. 利用できる時間・日数

- 平日の午前8時～午後5時の間で、1日につき2時間以内(1日1回)。
- \*産婦さんまたは赤ちゃんの退院後3ヵ月まで、15日以内。
- \*多胎出産の場合;退院後1年まで、40日以内。  
1回につき2人まで派遣可(調整が見つからない場合もあります)。
- \*妊娠中利用;医師の診断を受けてから安定するまでの間、7日以内。

## 3. お手伝いの内容

- \*家事のお手伝い:掃除・洗濯・食事作り・買い物など、日常の家事援助  
(日常的に行わないワックスかけ、窓ふき、草むしりなどはできません。)
- \*育児のお手伝い:新生児に関すること(沐浴・オムツ交換・授乳など)  
:上のお子さんに関すること(園の送りまたは迎え/要相談)

## 4. 申し込み方法

- \*妊娠8ヶ月以降に、こども家庭支援課か健康福祉センターにお申し込みください。
- 申請受理後、ヘルパー事業所を決定してお知らせします。支援内容や日時など具体的なことは、直接ヘルパー事業所と調整していただきます。すべてのご希望に添えない場合もございますのでご了承ください。
- 《注意》ヘルパー事業所決定後に利用予定がなくなった場合は、必ず事業所に連絡してください。
- \*妊娠中に利用する場合は、こども家庭支援課へお電話ください。

## 5. 利用料金

	課税世帯	非課税世帯	生活保護世帯
単胎・妊娠中利用	1,250 円/回	無料	無料
多胎(1人派遣)	1,250 円/回	無料	無料
多胎(2人派遣)	1,750 円/回	無料	無料

- \*利用料金は、ヘルパー事業所に直接お支払いください。
- \*急なキャンセルの場合は、キャンセル料(利用料金1回分)が発生します。

### \* お問い合わせ・申し込み先 \*

こども家庭支援課	小川町 16	はぐくみかん5階	TEL 822-8933 / FAX 828-4556
中央健康福祉センター	西逸見町1-38-11		TEL 824-7632
北健康福祉センター	船越町6-77		TEL 861-4118
南健康福祉センター	久里浜6-14-2		TEL 836-1511
西健康福祉センター	長坂1-2-2		TEL 856-0719



※右の二次元コードから電子申請をご活用ください(スマートフォン可)。

## 子育て支援ヘルパー派遣サービス申請書兼同意書

年 月 日

(あて先)横須賀市長

申請者(氏名)

対象者(産婦)	住所	〒 横須賀市			
	ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日( 歳)	
	申請者 との続柄		電 話		
緊急時の連絡先	※対象者(産婦)以外で、日中に連絡の繋がる番号を記入してください。 電話 氏名 (続柄: )				
訪問者の駐車 スペース	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (場所: )		※訪問先が上記住所と異なる場合は、記入してください。 (住所) (電話)		
申請理由	<input type="checkbox"/> 手伝ってくれる人がいない <input type="checkbox"/> 同居の家族はいるが就労などで手伝えない状況 <input type="checkbox"/> その他( )				
サービス内容 の希望	家事に関すること〔 <input type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> その他( )〕 育児に関すること〔 <input type="checkbox"/> 沐浴 <input type="checkbox"/> 上の子の世話 <input type="checkbox"/> 送り <input type="checkbox"/> 迎え <input type="checkbox"/> その他( )〕				
対象者の予定	月 日 出産(予定) 退院日が確定している場合は記入してください( 月 日 退院)		赤ちゃんは 単胎・多胎 どちらかに○をつけてください		
希望する期間	<input type="checkbox"/> 退院後すぐ <input type="checkbox"/> 退院後1~2週間から <input type="checkbox"/> 退院後1か月くらいから <input type="checkbox"/> その他( )		希望する 利用頻度	<input type="checkbox"/> 週1回 <input type="checkbox"/> 週2回 <input type="checkbox"/> 週3回 <input type="checkbox"/> その他( )	
<input type="checkbox"/> 以前利用したことがある(事業所名: )・ <input type="checkbox"/> 利用したことがない					
同居家族	続柄	氏名(ふりがな)	生年月日	職業/所属	備考
			年 月 日生( 歳)		
			年 月 日生( 歳)		
			年 月 日生( 歳)		
			年 月 日生( 歳)		
同意書	(1)申請書に記入された内容は、委託事業所と情報共有します。(子育て支援ヘルパー派遣サービス以外の目的で委託事業所が個人情報を利用することはありません。) (2)利用決定に必要な市税等に関する調査を市が行います。 (3)必要時、委託事業所と市の関係機関が利用状況等について情報共有することがあります。				
<input type="checkbox"/> 同意する					

※サービスの提供はヘルパー事業所と調整して行いますが、内容や時間などご希望に添えない場合もあります。