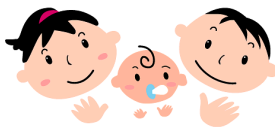


産後に

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

- * 出産後で、日中他に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（申請書が別ですので下記にお問い合わせください）。

2. 利用できる時間・日数

利用は午前8時から午後5時の間で、1日1回。1回につき2時間以内。

- * 出産後（産婦さんまたは赤ちゃんの退院後）3カ月の間で、計15日以内。
- * 多胎出産の場合は、退院後4カ月の間で、計20日以内。
- * 妊娠中は診断をうけてから安定するまでの間で、計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※
- * 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（幼稚園/保育園の送り又は迎え※など）



※家事援助は、日常的に行わないワックスかけ、窓ふき、草むしりなどはおこないません。

※送迎は、送りか迎えのいずれかになります。事前相談が必要です。

4. お申し込み方法

- * 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（下記）にお申し込みください。
申請を受理したら、ヘルパー事業所を決定しお知らせします。支援内容や日時など具体的な事は、ヘルパー事業所と電話で調整をしてください。

《注意》 出産後の状況により、利用の予定がなくなった場合、ヘルパー事業所に連絡を入れてください。

5. 費用負担

- * 費用の一部負担金として、1日1,250円をお支払いいただきます。
 - サービスの最終日に $1,250 \text{円} \times \text{利用日数}$ を、担当したヘルパー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（1,250円）が発生します。
- 利用の必要がなくなった場合は、ヘルパー事業所あてに早めにキャンセルのご連絡をお願いします。

* 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



産後用

子育て支援ヘルパー派遣サービス申請書

年 月 日					
(あて先) 横須賀市長					
申請者(氏名)					
対象者 (産婦)	住所	〒 ー 横須賀市			
	ふりがな 氏名	生年月日	年 月 日		
	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ヶ月くらいから <input type="checkbox"/> その他()	希望する 利用頻度 (予定)	<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(才)		
			年 月 日生(才)		
			年 月 日生(才)		
(備考)					

※申請書に記入いただいた個人情報は目的以外には使用いたしません。

2020年4月~

※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、内容や時間など希望にそえない場合もあります。