

堺市育児支援ヘルパー派遣確認書

利用者情報
 氏名 _____ 子の出産予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 事業所名 _____
 居住区 _____ 区 世帯区分 _____ 子の生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 ※出産後こどもの1歳の誕生日の前日までか、利用承認の終期までの短い方が、利用可能な期間です。

通算 利用回数	月/日(曜日)	利用 区分 (時間)	利用時間	支援内容 ※実施したものに○を記入してください。													ヘルパー名	利用者 確認	備 考
				(1)家事支援						(2)育児支援									
				①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬			
1	/ ()		: ~ :																
2	/ ()		: ~ :																
3	/ ()		: ~ :																
4	/ ()		: ~ :																
5	/ ()		: ~ :																
6	/ ()		: ~ :																
7	/ ()		: ~ :																
8	/ ()		: ~ :																
9	/ ()		: ~ :																
10	/ ()		: ~ :																

※利用区分について…該当する利用日時に利用時間(1又は2)を記入してください。

利用者区分及び利用料	1時間 まで	1時間を超え 2時間まで
A 生活保護等世帯・ 市民税非課税世帯(母子等世帯)	0円	0円
B 市民税非課税世帯(一般世帯)	100円	200円
C 市民税課税世帯 (均等割の額のみ世帯)	250円	500円
D その他の世帯	700円	1,400円

(1)家事支援

- ①食事の準備及び後片付け
- ②衣類の洗濯及び補修
- ③居室等の清掃及び整理整頓
- ④生活必需品の買い物
- ⑤郵便物の郵送等
- ⑥その他必要な家事支援

(2)育児支援

- ⑦授乳支援
- ⑧おむつ交換
- ⑨沐浴介助
- ⑩適切な育児環境の整備
- ⑪兄弟児の遊び相手
- ⑫子ども連れで行う買い物、散歩、
健診等の付添い
- ⑬その他必要な育児支援

<事業所記入欄>
(特記事項)

(利用者感想) 悪い やや悪い 普通 やや良い 良い