

堺市育児支援ヘルパー派遣承認通知書

年 月 日

(利用者氏名) 様

堺市長 印

堺市育児支援ヘルパー派遣事業実施要綱第8条の規定に基づき、次のとおり承認します。

1 利用承認期間 _____年 月 日から _____までの間

ただし、期間中 _____回の派遣を限度とする。

なお、利用日時などは、下記派遣事業者へ連絡してください。

2 派遣事業者 事業所名 _____
連絡先 _____

3 支援内容（「レ」印を付けた項目を認める。）

(1)家事支援

(2)育児支援

①食事の準備及び後片付け

⑦授乳支援

②衣類の洗濯及び補修

⑧おむつ交換

③居室等の清掃及び整理整頓

⑨沐浴介助

④生活必需品の買い物

⑩適切な育児環境の整備

⑤郵便物の郵送等

⑪兄弟児の遊び相手

⑥その他必要な家事支援

⑫子ども連れで行う買い物、散歩、健診等の付き添い

⑬その他必要な育児支援

4 利用者負担額等 1回 (1時間まで) _____円

(1時間を超え2時間まで) _____円

※ 利用料は、利用するごとに派遣事業者へ直接お支払い願います。

※ 利用者の都合によるキャンセルについては、訪問日の3日前の午後5時までに、必ず上記派遣事業者へ連絡してください。

※ 利用予定日の前日午後5時までに、利用中止・変更の連絡がなかった場合、支援を受けない場合であっても、下表のキャンセル料をお支払いいただくことになります。

	派遣区分	1時間まで	1時間を超え 2時間まで
①	平日・日中（午前8時から午後6時まで）	1,800円	3,100円
②	平日・夜間（午後6時から午後8時まで）	2,100円	3,700円
③	土日祝日及び年末年始（12月29日から翌年の1月3日まで）		

※なお、①と②の派遣区分の時間帯をまたいだ派遣を予定していた場合は、①と②の利用予定時間の多い方の派遣区分の額とする。ただし、①と②の利用予定時間が同じだった場合は、表①の派遣区分とする。

(留意事項)

この通知書は、派遣ヘルパーが支援開始時に利用者及び支援内容などを確認するために必要となりますので、大切に保管してください。また、派遣ヘルパーは、堺市から通知した「堺市育児支援ヘルパー派遣決定通知書」を持っていますので、利用開始時にご確認ください。

(お問合せ先)