

王寺町 産前産後 “すくすく” ヘルパー事業

対 象

- つわりがひどいなどの体調不良等により、家事や育児が困難で、周りからの支援を受けることができない方
- 出産前後で家事や育児に負担があり、周りからの支援を受けることができない方

利用期間とヘルパー派遣時間

- 母子健康手帳の取得後から、出産後6ヶ月以内、60時間まで
ただし、多胎児は、母子健康手帳の取得後から、出産後1年以内、80時間まで
- 注) 申請内容に変更等があれば子育て支援課子育て支援係までご連絡ください。

利用時間

- 月曜日から金曜日までの8:00~18:00の間(年末年始等を除く)
- 1時間単位の利用で、1回あたり2時間以内

サービス内容

- 家事援助：掃除、洗濯、調理、買物等 ただし日常的な内容に限ります
 - 育児援助：調乳・授乳の補助、おむつ交換の補助、沐浴の補助等
- 注) 家庭でヘルパーと子どもだけにはなれません。こどもへの医療行為はできません。
- 注) 買物を行う際に移動のための交通費等の費用が発生する場合は、実費相当額を負担していただきます。

利用者負担額

区 分	1時間あたり
生活保護・市町村民税非課税世帯	0円
その他の世帯	500円

※利用者負担額(一部負担金)を除くヘルパー派遣費用や事前訪問のコーディネート料は公費で負担します。

注) 1月2日以降に転入された方で利用者負担額の減免を受ける場合は、非課税証明書等が必要になります。

申込み方法

- 王寺町役場子育て支援課又は保健センターにある申請書に必要事項を記入し、提出してください

(申請書は王寺町ホームページからもダウンロードできます)

- 必ず母子健康手帳を持参してください

〔王寺町役場 子育て支援課子育て支援係〕
0745-73-2001 (内線 184~186)

サービス利用までの流れ

- ①申請書およびその他必要書類を子育て支援課子育て支援係へ提出
 - ↓
 - ②申請に基づき、利用の可否を決定
 - ↓
 - ③利用決定後、ヘルパー事業者がサービス内容調整のため事前訪問
 - ↓
 - ④サービス開始
- 注) 利用開始後は下記の委託事業者と直接やりとりをしていただきます。
注) キャンセル等の連絡は利用予定日の前日 17時までに下記委託事業者にお問い合わせください。

委託事業者

株式会社 ニチイ学館 奈良支店

王寺町産前産後 “すくすく” ヘルパー事業申請書

王寺町長 様

令和 年 月 日

次のとおり産前産後ヘルパーの派遣を申請します。

(利用者) 申請者	ふりがな 氏名	(S・H 年 月 日生) (歳)			
	王寺町産前産後 “すくすく” ヘルパー事業申請書に記載のある情報をヘルパー事業者に情報提供することに同意します。また、必要時、民生児童委員、保健師等の関係者に情報提供することに同意します。				
住所	〒 - 王寺町		電話番号 () -		
子ども	ふりがな 氏名	出産予定日・出生日：H・R 年 月 日	出生体重 g		多胎 人 (多胎の場合のみ記入してください)
派遣理由	●養育者の体調不良 有・無 有の場合の病名または症状 () ●その他の理由 ()		●家族等の支援 有・無 無の場合の主な理由 ()		
サービス内容	家事に関すること (複数選択可) ※日常的な内容に限る		育児に関すること (複数選択可)		
	<input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> 買物 <input type="checkbox"/> その他、相談・助言及び関係機関との連絡等		<input type="checkbox"/> 授乳等の補助 <input type="checkbox"/> おむつ交換の補助 <input type="checkbox"/> 沐浴の補助 <input type="checkbox"/> その他、関係機関との連絡等		
上記以外の同居家族	氏名	利用者との続柄	年齢	生年月日	勤務先、学校等の名称等
				年 月 日	
				年 月 日	
				年 月 日	
				年 月 日	
緊急連絡先	ふりがな 氏名	利用者との続柄 ()	住所	電話番号 () - 携帯電話番号 () -	
減免申請 ※申請する方のみ ご記入ください	下記の減免基準に該当しますので、利用者負担額の減免について申請します。 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯 (※該当する区分に☑をしてください。) この減免基準に該当するかを確認するため、町が申請者及び申請者の世帯の課税状況を開覧することに同意します。 <p style="text-align: right;">令和 年 月 日 申請者氏名</p>				

※本申請書については、王寺町産前産後 “すくすく” ヘルパー事業以外の目的には使用しません。

町記入欄	利用者負担額	負担軽減：無・有 (生活保護世帯・市町村民税非課税世帯)
	父母の状況	母の状況：
		父の状況：
	家庭支援の状況	母方祖父母の状況：
父方祖父母の状況：		
駐車場の有無	有・無 (※駐車場が無い場合は、地図で付近の駐車可能な場所を確認すること)	
		利用者通番