

阿波市子育て世帯訪問支援事業利用申請書

阿波市長 様

阿波市子育て世帯訪問支援事業を利用したいので次のとおり申請します。
 なお、本事業の利用に当たり、下記の同意事項について同意します。

申請者 (利用者)	氏名		生年月日	年 月 日 (歳)		
	住所					
	電話番号					
世帯の 状況	氏名	続柄	生年月日	年齢	職業・学校等	
申請理由	※困っていることを具体的に記入してください。					
利用時間・回数等 (月20時間以内)	() 時間/回		() 回/日		() /週	
利用期間	年 月 日 から			年 月 日 まで		
希望する 支援内容	家事支援			育児支援		
	<input type="checkbox"/> 食事の準備及び片付け <input type="checkbox"/> 居室等の清掃及び整理整頓 <input type="checkbox"/> 衣類等の洗濯及び補修 <input type="checkbox"/> 生活必需品の買物 <input type="checkbox"/> その他日常的に行う必要がある 家事支援 内容 ()			<input type="checkbox"/> 授乳・離乳食の介助 <input type="checkbox"/> おむつ交換及び排せつの介助 <input type="checkbox"/> 衣類の着脱の世話 <input type="checkbox"/> 沐浴の介助 <input type="checkbox"/> 保育所等の送迎支援 <input type="checkbox"/> その他日常的に行う必要がある 育児支援 内容 ()		
備考						

【同意事項】

- 1 申請書の内容及び事業の利用に必要な情報を本市と受託事業者で情報共有すること。
- 2 利用者及び世帯員の住民票登録状況、世帯所得課税状況及び生活保護受給の有無について本市が保有する公簿等により確認すること。

第 号
年 月 日

様

阿波市長



阿波市子育て世帯訪問支援事業利用決定・却下通知書

年 月 日付けで申請のありました阿波市子育て世帯訪問支援事業の利用について、次のとおり決定（却下）しましたので通知します。

決定

利用者氏名		
派遣時間・回数	1回 時間 1日につき 回	1週につき 回
利用期間	年 月 日 から 年 月 日まで	
利用者負担額	<input type="checkbox"/> 有（1時間あたり 円） <input type="checkbox"/> 無	
受託事業者	(電話)	
支援内容	家事支援	育児支援
	<input type="checkbox"/> 食事の準備及び片付け <input type="checkbox"/> 居室等の清掃及び整理整頓 <input type="checkbox"/> 衣類等の洗濯及び補修 <input type="checkbox"/> 生活必需品の買物 <input type="checkbox"/> その他日常的に行う必要がある家事支援内容 ()	<input type="checkbox"/> 授乳・離乳食の介助 <input type="checkbox"/> おむつ交換及び排せつの介助 <input type="checkbox"/> 衣類の着脱の世話 <input type="checkbox"/> 沐浴の介助 <input type="checkbox"/> 保育所等の送迎支援 <input type="checkbox"/> その他日常的に行う必要がある育児支援内容 ()
その他	1 利用申請書の記載内容に変更が生じたときは、速やかにその旨を申し出てください。 2 利用者負担額とは別に、食材料費、生活必需品の購入費など買物に係る実費、保育所等の送迎に要した交通費等については、各家庭が負担してください。	

却下

理由	
----	--

第 号
年 月 日

様

阿波市長



阿波市子育て世帯訪問支援員派遣依頼書

下記の者に対し、阿波市子育て世帯訪問支援事業の実施を決定しましたので、訪問支援員の派遣を依頼します。

利用者	氏名		生年月日	年 月 日（ 歳）	
	住所				
	電話				
世帯の状況	氏名	続柄	生年月日	年齢	職業・学校等
派遣回数・時間	1回	時間	1日につき	回	1週につき 回
利用期間	年 月 日 から		年 月 日 まで		
利用者負担額	<input type="checkbox"/> 有（1時間当たり 円） <input type="checkbox"/> 無				
支援内容	家事支援		育児支援		
	<input type="checkbox"/> 食事の準備及び片付け <input type="checkbox"/> 居室等の清掃及び整理整頓 <input type="checkbox"/> 衣類等の洗濯及び補修 <input type="checkbox"/> 生活必需品の買物 <input type="checkbox"/> その他日常的に行う必要がある家事支援内容（ ）		<input type="checkbox"/> 授乳・離乳食の介助 <input type="checkbox"/> おむつ交換及び排せつの介助 <input type="checkbox"/> 衣類の着脱の世話 <input type="checkbox"/> 沐浴の介助 <input type="checkbox"/> 保育所等の送迎支援 <input type="checkbox"/> その他日常的に行う必要がある育児支援内容（ ）		
備考					

第 号
年 月 日

様

阿波市長



阿波市子育て世帯訪問支援事業利用決定取消通知書

年 月 日付で通知した阿波市子育て世帯訪問支援事業の利用の決定について、下記の理由により取消しをしたので通知します。

記

1 取消し年月日 年 月 日

2 取消しの理由

様式第5号（第8条関係）

阿波市子育て世帯訪問支援事業支援計画書

作成日： 年 月 日

利用者氏名		生年月日	(歳)		
住 所	(電話)				
世帯の状況	氏 名	続柄	生年月日	年齢	備考
訪問期間		年 月 日 から 年 月 日 まで			
	現状・支援の必要性	支援目標	支援内容	回数・時間	
養育者					
児童					
養育環境					

上記の支援計画に同意します。

年 月 日 署名(利用者本人) _____

阿波市子育て世帯訪問支援事業利用確認書

事業者名 _____

利用者氏名 _____

【 年 月分】

実施日	開始時間	終了時間	利用時間※	支援内容	訪問支援員の氏名	利用者サイン
	:	:	時間	<input type="checkbox"/> 家事支援 <input type="checkbox"/> 育児支援 <input type="checkbox"/> 相談支援		
	:	:	時間	<input type="checkbox"/> 家事支援 <input type="checkbox"/> 育児支援 <input type="checkbox"/> 相談支援		
	:	:	時間	<input type="checkbox"/> 家事支援 <input type="checkbox"/> 育児支援 <input type="checkbox"/> 相談支援		
	:	:	時間	<input type="checkbox"/> 家事支援 <input type="checkbox"/> 育児支援 <input type="checkbox"/> 相談支援		
	:	:	時間	<input type="checkbox"/> 家事支援 <input type="checkbox"/> 育児支援 <input type="checkbox"/> 相談支援		
	:	:	時間	<input type="checkbox"/> 家事支援 <input type="checkbox"/> 育児支援 <input type="checkbox"/> 相談支援		
	:	:	時間	<input type="checkbox"/> 家事支援 <input type="checkbox"/> 育児支援 <input type="checkbox"/> 相談支援		

※1回当たりの訪問に1時間未満の端数がある場合、30分未満は切下げとし、30分以上は1時間に切り上げることにする。

(裏面)

実施日	開始時間	終了時間	利用時間※	支援内容	訪問支援員の氏名	利用者サイン
	:	:	時間	<input type="checkbox"/> 家事支援 <input type="checkbox"/> 育児支援 <input type="checkbox"/> 相談支援		
	:	:	時間	<input type="checkbox"/> 家事支援 <input type="checkbox"/> 育児支援 <input type="checkbox"/> 相談支援		
	:	:	時間	<input type="checkbox"/> 家事支援 <input type="checkbox"/> 育児支援 <input type="checkbox"/> 相談支援		
	:	:	時間	<input type="checkbox"/> 家事支援 <input type="checkbox"/> 育児支援 <input type="checkbox"/> 相談支援		
	:	:	時間	<input type="checkbox"/> 家事支援 <input type="checkbox"/> 育児支援 <input type="checkbox"/> 相談支援		
	:	:	時間	<input type="checkbox"/> 家事支援 <input type="checkbox"/> 育児支援 <input type="checkbox"/> 相談支援		
	:	:	時間	<input type="checkbox"/> 家事支援 <input type="checkbox"/> 育児支援 <input type="checkbox"/> 相談支援		
	:	:	時間	<input type="checkbox"/> 家事支援 <input type="checkbox"/> 育児支援 <input type="checkbox"/> 相談支援		
	:	:	時間	<input type="checkbox"/> 家事支援 <input type="checkbox"/> 育児支援 <input type="checkbox"/> 相談支援		
	:	:	時間	<input type="checkbox"/> 家事支援 <input type="checkbox"/> 育児支援 <input type="checkbox"/> 相談支援		

※ 1回当たりの訪問に1時間未満の端数がある場合、30分未満は切下げとし、30分以上は1時間に切り上げること。

年 月 日

阿波市長 様

阿波市子育て世帯訪問支援事業実施報告書

事業者名 _____

代表者職氏名 _____

【 年 月分】

利用者氏名		
利用者住所		
訪問日等	具体的な支援内容	家庭状況等（所見・気になること、心配なことを含む。）
年 月 日 : ~ :		
年 月 日 : ~ :		
年 月 日 : ~ :		
年 月 日 : ~ :		
年 月 日 : ~ :		

阿波市子育て世帯訪問支援事業委託料請求書

年 月 日

阿波市長 様

所在地
名称
代表者職氏名

年 月分の阿波市子育て世帯訪問支援事業委託料として、次のとおり請求します。

請求金額 円

(内訳)

項目	委託料①	利用者負担額②	請求額①-②
訪問支援員派遣	3,000 円 × 時間	1,000 円 × 時間	円
交通費	1,860 円 × 回		円
事務費・管理費	1,500 円 × 世帯		円
キャンセルの場合 (状況確認・報告済)	3,000 円 × 回		円
計			

(振込口座)

金融機関名		支店名	
預金種別	1 普通 2 当座		
口座番号			
(フリガナ) 口座名義			

【発行責任者及び担当者】

発行責任者の職氏名 (連絡先)

担当者の職氏名 (連絡先)