

「どうしよう・・・」「こまったわ・・・」

のおかあさん、おとうさんを応援します。

育児支援ヘルパー事業『てんとうむし』

こんなかたに

出産後、夫以外に家族もいないし、実家も遠いし
助けてもらえる人もいなくて不安・・・こまったわ。

どうぞお気軽に、ご相談ください。

—どんな人が、どれくらいの期間、料金は—

*大島在住で昼間、育児や家事を手伝ってくれる人がいない家庭等。

利用期間 母子手帳交付から出産後6ヶ月目の末日まで

(1日1回を10回まで)

利用時間 月曜日～土曜日 9時～5時まで

利用料金 1回 2時間まで 1,500円

2時間以上4時間まで 3,000円

— 問い合わせ先 —

大島町子ども家庭支援センター

電話 04992-2-2381

【利用申し込みの流れ】

1. 申し込み受付

- ・利用日の5日前までに「子ども家庭支援センター」☎2-2381
まで連絡し申請書を提出してください。

2. 申請内容を審査します。

3. 決定連絡

4. 当日、申請時間にヘルパーが利用者宅を訪問します。

5. 料金支払いについては後日「納付書」が送付されますのでお支払いください。

**わからないこと、心配なことがありましたらお気軽に、
ご連絡ください。**

相談を待っています。

様式第 1 号（第 4 条第 1 項関係）

大 島 町 育 児 支 援 ヘ ル パ ー 事 業 申 請 書

年 月 日

大 島 町 長 殿

住 所
申請者 氏 名 印
電 話

大島町育児支援ヘルパーの派遣を受けたいので、大島町育児支援ヘルパー事業要綱第 4 条第 1 項の規定により、次のとおり申請します。

申請者	氏名		男・女	生年月日	年 月 日 (歳)	
	住所	東京都大島町			緊急連絡先	
	乳児氏名				申請者との続柄	
申請理由						
事業内容 の希望		(1) 家事に関すること				
		(2) 育児に関すること				
		(3) その他必要な相談及び助言				
対象者の予定		月 日 () 出産・出産予定				
		月 日 () 退院・退院予定				
希望する期間		月 日 ~ 月 日				
家族の状況		続柄	氏 名	年齢	職 業	町民税の有無
						有 ・ 無
						有 ・ 無
						有 ・ 無
						有 ・ 無
						有 ・ 無