第３号様式（第９条）

（表）

エンゼルヘルパー派遣利用要請書

　　年　　月　　日

横芝光町長　　様

申請者　住所

氏名

電話

携帯電話

次のとおり、家事援助が必要となりましたので、エンゼルヘルパーの派遣を要請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 希望日時（１時間単位で、１日２時間まで） | 時間数 | 派遣の可否 |
| 年　　月　　日（　）　　:　　～　　: |  |  |
| 年　　月　　日（　）　　:　　～　　: |  |  |
| 年　　月　　日（　）　　:　　～　　: |  |  |
| 年　　月　　日（　）　　:　　～　　: |  |  |
| 年　　月　　日（　）　　:　　～　　: |  |  |
| 年　　月　　日（　）　　:　　～　　: |  |  |
| 年　　月　　日（　）　　:　　～　　: |  |  |
| 年　　月　　日（　）　　:　　～　　: |  |  |
| 派遣費用　１時間あたり　　　　　　　円 | |  |

※派遣希望日につきましてはご希望にそえない場合があります。

また、内容に変更が生じた場合は、速やかにご連絡ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 個人情報  確認同意欄 | エンゼルヘルパー派遣利用要請書に記載の情報をヘルパー派遣事業者に情報提供することに同意します。  申請者　氏名 |

（裏）

自宅付近の地図

|  |
| --- |
|  |

※公共施設などの大きな目標から記入してください。