荒川区医療的ケア児等家庭家事サポート派遣依頼書

（派遣事業者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　御中

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 派遣依頼日時 | 年　　月　　日（　　）　　　　　時　　分から　　時間 | ※確認 | 区 ・ 事業者 |
| フリガナ | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 登録番号 |  |
| 氏　名（依頼者） |  |
| フリガナ | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 派遣時の介護者 | □依頼者　□依頼者以外 |
| 医療的ケア児等氏　名 |  | （依頼者以外の場合は介護者氏名） |
|  |
| 住所 | 〒１１６ - 荒川区 | 電話番号 | ※日中に連絡が取れる番号 |
|  |
|   |
| 依頼する家事サポートの内容 |
| 簡易な食事の世話 | 有・無 | 食材の有無、メニュー、食器洗い等の内容を記入ください。（派遣当日分のみ。乳幼児等の食事介助は対象外） |
| 衣類の洗濯及び補修 | 有・無 | 洗濯干し･畳む、アイロン、裁縫等の内容を記入ください。 |
| 居室の掃除及び整理整頓 | 有・無 | 掃除する場所や方法等を記入ください。（大掃除は対象外） |
| 食料その他の生活必需品の購入 | 有・無 | どこで何を買うのか、金銭の取り扱いはどうするか等を記入ください。 |
| その他必要な用務 | 有・無 | 具体的な内容を記入ください。 |
| 備考 | ペットの有無、特に注意してほしいこと等 |

次のとおり、荒川区医療的ケア児等家庭家事サポート事業のホームヘルパーの派遣を依頼します。

※本紙記載の情報がホームヘルパーに提供されることに同意します。

　年　　　月　　　日

依頼者氏名

（医療的ケア児等との続柄：　　　　　　）