

様式第6号（第16条関係）

岬町産前産後ヘルパー派遣利用確認書

事業者名称		利用年月	年 月
利用者氏名		利用料 (世帯区分)	<input type="checkbox"/> 0円 <input type="checkbox"/> 700円/H

A	B	C	C	D	E	F
回数	利用日	利用時間	援助内容	キャンセル 有無・費用	利用者 確認欄	ヘルパー 確認欄
	月 日	: ~ : 時間	<input type="checkbox"/> 家事支援 <input type="checkbox"/> 育児支援	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 円		
	月 日	: ~ : 時間	<input type="checkbox"/> 家事支援 <input type="checkbox"/> 育児支援	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 円		
	月 日	: ~ : 時間	<input type="checkbox"/> 家事支援 <input type="checkbox"/> 育児支援	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 円		
	月 日	: ~ : 時間	<input type="checkbox"/> 家事支援 <input type="checkbox"/> 育児支援	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 円		
	月 日	: ~ : 時間	<input type="checkbox"/> 家事支援 <input type="checkbox"/> 育児支援	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 円		
	月 日	: ~ : 時間	<input type="checkbox"/> 家事支援 <input type="checkbox"/> 育児支援	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 円		
	月 日	: ~ : 時間	<input type="checkbox"/> 家事支援 <input type="checkbox"/> 育児支援	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 円		
	月 日	: ~ : 時間	<input type="checkbox"/> 家事支援 <input type="checkbox"/> 育児支援	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 円		
	月 日	: ~ : 時間	<input type="checkbox"/> 家事支援 <input type="checkbox"/> 育児支援	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 円		
	月 日	: ~ : 時間	<input type="checkbox"/> 家事支援 <input type="checkbox"/> 育児支援	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 円		

\*キャンセルについて

利用者の都合により派遣を中止する場合で、前日の17時以降に連絡をした場合には、キャンセル扱いとなり、1回のサービス利用とみなされます。

**【記入方法】**

- 1 この様式は、利用者ごと、月ごとに作成し、翌月の10日までに請求書とあわせて岬町保健センターに提出してください。
- 2 各項目は、訪問の都度記入してください。
  - A 回数 利用者が利用した通算の回数を記入してください。
  - B 利用日
  - C 利用時間 支援の開始時刻と終了時刻を記入してください。
  - D キャンセル
  - ① 利用者都合による中止の連絡が、利用予定日前日の17時以降にあった場合、A欄及びB欄に記入し、C欄は記入せずに、D欄の「□有」及び該当するキャンセル料にレ点をつけてください。
  - ② 予定どおり利用した場合は、「□無」にレ点を付けてください。
- E 利用者確認欄 F ヘルパー確認欄
- AからDの内容を利用者とヘルパーの双方が確認し、各々、署名又は捺印してください。
- 3 記入欄が不足する場合は、複数枚使用してください。