

## 町田市育児支援ヘルパー派遣計画兼報告書

【2024.4～】

被 援 助 者 氏 名	派 遣 先 住 所	派 遣 先 TEL	受 託 事 業 所 名
			株式会社ss-consul

支援児童の名前 \_\_\_\_\_ 年齢 歳 ヶ月 兄・姉の名前 \_\_\_\_\_ 年齢 歳 ヶ月

月 分			派 遣 計 画 記 録 報 告									備考	( 援 助 内 容 )
月 日	曜 日	開 始 時 間	終 了 時 間	派 遣 時 間	開 始 時 間	終 了 時 間	派 遣 時 間	援 助 内 容	ヘルパー氏名	被援助者サイン・印			
									1 2 3				1 育児の相談助言
									4 5 6				2 授乳オムツ交換沐浴等
									1 2 3				3 軽易な家事
									4 5 6				4 兄姉の世話
									1 2 3				5 健診等付添い
									4 5 6				6 その他
									1 2 3				
									4 5 6				
									1 2 3				
									4 5 6				
									1 2 3				
									4 5 6				
									1 2 3				
									4 5 6				

合 計 回 数
回
合 計 時 間
時間

\* 事務処理欄 (この欄には記入しないでください)

区 分	負 担 額
課税 (午前8時～午後6時)	@ 820 × ( ) 時間 = ( )
課税 (午後6時～午後7時)	@ 1,025 × ( ) 時間 = ( )
非課税	なし
生活保護	なし
違約金 (キャンセル料)	@ 820 × ( ) 回 = ( )

上記のとおりヘルパーを派遣したことを報告します。