（様式第１号）

産後ヘルパー派遣事業者申請書

　　年　月　日

富山県知事　殿

（申請者）

所在地

事業者名称

代表者氏名

産後ヘルパー派遣事業者として指定を受けたいので、別紙の書類を添付して申請します。

　なお、申請に係る書類について、県が事業実施市町村に情報提供することに同意します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 担当者氏名及び連絡先 | 担当者氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| Ｅ-mail |  |

（様式第２号）

産後ヘルパー派遣事業者申請にかかる誓約書

　　　　年　　月　　日

富山県知事　殿

（申請者）

事業者の所在地

事業者名称

代表者氏名

　産後ヘルパー派遣事業者への申請を行うにあたり、富山県産後ヘルパー派遣事業に係る事業者指定要項に定める資格をすべて満たしており、申請書類の内容について事実に相違ないことを誓約します。

（様式第３号）

事業者概要

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ◎事業者名称 |  | | | | | | |
| ◎所　在　地 | 〒　　　　－ | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 所在地２  （県内に複数の事業所がある場合のみ記入）） | 〒　　　　－ | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 設立年月日 | 西暦　　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | |
| 代表者 | 職氏名 | | |  | | | |
| 本事業の管理者 | 職氏名 | | |  | | | |
| 管理者の連絡先 | 電話番号 | | |  | ＦＡＸ番号 |  | |
| E-mail | | |  | | | |
| ◎ヘルパー派遣  可能地域 | 対応可能区域 | | | □ 富山市　 □ 高岡市 　 □ 魚津市 　 □ 氷見市  □ 滑川市 　□ 黒部市　　□ 砺波市　　□ 小矢部市  □ 南砺市　 □ 射水市　　□ 舟橋村　　□ 上市町  □ 立山町 □ 入善町　　□ 朝日町 | | | |
| 特記事項 | | |  | | | |
| ヘルパー数  （本事業従業者数） |  | | 人 |  | | | |
| 内訳 | 職　種 | | | | | 人　数 |
| 訪問介護員2級以上又は介護職員初任者研修課程修了 | | | | | 人 |
| 保育士 | | | | | 人 |
| 保健師 | | | | | 人 |
| 看護師 | | | | | 人 |
| 准看護師 | | | | | 人 |
| 家事支援又は子育て支援業務に従事したことのある者 | | | | | 人 |
| その他、子育て経験者等、出産後間もない時期の育児に理解と認識のある者 | | | | | 人 |
| ◎ヘルパー派遣  依頼時の連絡先 | 電話番号 | | |  | | | |
| その他の手段  （電話以外の手段で依頼  　を受け付ける場合） | | |  | | | |
| ◎その他  利用者への  連絡事項等 | (例)・買い物等のサービスを行うために車で移動する場合、1kmあたり○円を請求します。  　・利用者宅に駐車スペースがない場合、利用者の了承を得たうえで近隣のコインパーキングの利用料金を請求します。 | | | | | | |

※ ◎のついた項目についてはホームページやチラシ等で利用者に公表する

※ ①事業所の定款等基本約款、②各ヘルパーの資格証・免許証等の写し、③事業所で取り組んで

いる感染症対策の内容がわかる書類を添付すること