

利用者氏名		決定 No.	
-------	--	--------	--

## 育児支援ヘルパー派遣実施報告書（個票）

事業者名 湘南コンシェル

### 【1 派遣日時】

派遣実施日	派遣時間（24時間表記）	時間数
令和 年 月 日（ ）	時 分 ~ 時 分	時間

### 【2 実施サービス内容】（実施したサービス項目をチェックしてください）

家事援助	育児援助	相談及び助言、その他
<input type="checkbox"/> 食事の準備及び後片付け <input type="checkbox"/> 衣類の洗濯・整理 <input type="checkbox"/> 居室の清掃及び整理整頓 <input type="checkbox"/> 買い物	<input type="checkbox"/> 授乳・離乳食の介助 <input type="checkbox"/> おむつ交換 <input type="checkbox"/> 遊び相手・見守り <input type="checkbox"/> 沐浴介助 <input type="checkbox"/> 兄弟の育児・世話	<input type="checkbox"/> 育児に関する相談及び助言 <input type="checkbox"/> 通院介助、健診への付添い <input type="checkbox"/> その他（具体的に記入してください） 〔 〕

### 【3 今回利用者負担額】

単価（どちらかに〇を）	派遣時間数	今回利用者負担額
免除・500・1000	× 時間	= 円

上記のとおり、育児支援ヘルパーの派遣を受けました。

利用者確認欄

印

【お願い】 1日のサービス終了後ヘルパーが記入のうえ、利用者の確認印をもらってください。

派遣ヘルパーの方へのお願い（必ず記入してください。）

この事業の目的は、育児や家事の支援及び相談・助言を行うにより、育児不安の解消を図り育児負担を軽減し、産後うつ病などを早期に発見・予防し、児童虐待等を予防することです。

#### 1. 訪問時の気になる様子などをご記入ください。

母親の心身状態について 睡眠不足 [ あり なし ] 疲れている [ あり なし ] 不安感が強い [ あり なし ] 気分が落ち込んでいる [ あり なし ] イライラしている [ あり なし ] 「手伝ってくれる人がいない」という訴え [ あり なし ]
---

#### 2. 派遣時間中、保護者は在宅していましたか。

※在宅・不在が混在する場合は時間をご記入ください。

在宅 ・ 不在(外出先)

担当ヘルパー氏名