様式３

エンゼルサポーター派遣要請書

年　　月　　日

事業者

様

申請者氏名

住　　所　〒　　（マンション等の場合は名称も記入してください。）

電話番号

次のとおり、育児支援（家事援助等）が必要となりましたので、エンゼルサポーターの派遣を要請します。

最　寄　り　駅	線　　駅　・　徒歩　　分		
派遣希望日時	希望日時（時間は１時間単位、１日２時間以上４時間まで）		時間数
	年　　月　　日（　　）　　：　　～　　：		
	年　　月　　日（　　）　　：　　～　　：		
	年　　月　　日（　　）　　：　　～　　：		
	年　　月　　日（　　）　　：　　～　　：		
	年　　月　　日（　　）　　：　　～　　：		
	年　　月　　日（　　）　　：　　～　　：		
	年　　月　　日（　　）　　：　　～　　：		
	年　　月　　日（　　）　　：　　～　　：		
	年　　月　　日（　　）　　：　　～　　：		
	年　　月　　日（　　）　　：　　～　　：		
	合計時間数		
希望するサービスの内容	□１．食事の準備及び後片付け	□５．生活及び育児に関する相談及び助言	
	□２．身の回りの世話	□６．その他	
	□３．居室等の掃除		
	□４．生活用品の買い物		
備　　考			
特記事項	《利用料金の取り扱い》 利用料金は利用日ごとに支払い、キャンセルが発生した場合は内容に応じてキャンセル料を支払います。		