



さがつぴい

佐賀県多胎家庭支援ヘルパー派遣事業利用管理票

お母さま(妊婦さま)のお名前	
出産予定日	年 月 日
出産日	年 月 日
利用期限 (お子さまの誕生日から24か月後の月の末日まで)	年 月 日まで

●この事業は、母子手帳を取得された妊婦さまが、**多胎児を妊娠中から、お子さまの誕生日から24か月後の月の末日までに、お母さま(妊婦さま)お一人当たり、総計48回(1回の利用時間は2時間以内)まで利用できます。**

支援サービス内容は、**家事支援又は外出支援**です。

●この用紙には、ヘルパーが利用時間等を記載し各家庭で保管してください。

●利用回数を管理するためのもので、県への提出は必要ありません。

番号	利用年月日	曜日	時間	利用時間	利用回数	利用残回数	支援内容	利用事業所名
記入例①	R3年4月3日	水	10時30分 ~ 12時30分	2	1	47	家事支援	ABC事業所
②	R3年5月11日	木	13時00分 ~ 17時00分	4	2	45	外出支援	ABC事業所
③	R3年6月15日	金	00時00分 ~ 00時00分	0	1	44	当日キャンセル・連絡なし	ABC事業所
1	年 月 日		時 分 ~ 時 分					
2	年 月 日		時 分 ~ 時 分					
3	年 月 日		時 分 ~ 時 分					
4	年 月 日		時 分 ~ 時 分					
5	年 月 日		時 分 ~ 時 分					
6	年 月 日		時 分 ~ 時 分					
7	年 月 日		時 分 ~ 時 分					
8	年 月 日		時 分 ~ 時 分					
9	年 月 日		時 分 ~ 時 分					
10	年 月 日		時 分 ~ 時 分					
11	年 月 日		時 分 ~ 時 分					
12	年 月 日		時 分 ~ 時 分					
13	年 月 日		時 分 ~ 時 分					
14	年 月 日		時 分 ~ 時 分					
15	年 月 日		時 分 ~ 時 分					
16	年 月 日		時 分 ~ 時 分					
17	年 月 日		時 分 ~ 時 分					
18	年 月 日		時 分 ~ 時 分					
19	年 月 日		時 分 ~ 時 分					
20	年 月 日		時 分 ~ 時 分					

佐賀県多胎家庭支援ヘルパー派遣事業管理票

番号	利用年月日	曜日	時間	利用時間	利用回数	利用残回数	支援内容	利用事業所名
21	年 月 日		時 分 ~ 時 分					
22	年 月 日		時 分 ~ 時 分					
23	年 月 日		時 分 ~ 時 分					
24	年 月 日		時 分 ~ 時 分					
25	年 月 日		時 分 ~ 時 分					
26	年 月 日		時 分 ~ 時 分					
27	年 月 日		時 分 ~ 時 分					
28	年 月 日		時 分 ~ 時 分					
29	年 月 日		時 分 ~ 時 分					
30	年 月 日		時 分 ~ 時 分					
31	年 月 日		時 分 ~ 時 分					
32	年 月 日		時 分 ~ 時 分					
33	年 月 日		時 分 ~ 時 分					
34	年 月 日		時 分 ~ 時 分					
35	年 月 日		時 分 ~ 時 分					
36	年 月 日		時 分 ~ 時 分					
37	年 月 日		時 分 ~ 時 分					
38	年 月 日		時 分 ~ 時 分					
39	年 月 日		時 分 ~ 時 分					
40	年 月 日		時 分 ~ 時 分					
41	年 月 日		時 分 ~ 時 分					
42	年 月 日		時 分 ~ 時 分					
43	年 月 日		時 分 ~ 時 分					
44	年 月 日		時 分 ~ 時 分					
45	年 月 日		時 分 ~ 時 分					
46	年 月 日		時 分 ~ 時 分					
47	年 月 日		時 分 ~ 時 分					
48	年 月 日		時 分 ~ 時 分					