

大阪市家事・育児訪問支援事業決定通知書

様

大阪市 区保健福祉センター所長

次のとおり、訪問支援を決定しましたので通知します。

1 支援対象者（保護者）

氏名

住所 区

2 訪問支援事業者

事業者名

連絡先 () - -

3 支援回数・時間

週 回

1回あたり 分

※初回訪問日については、後日訪問支援事業者からご連絡します。

※派遣日時の変更等を希望する場合は、必ず派遣日前日の事業者営業日の終了時間までに訪問支援事業者へご連絡をお願いします。

4 支援内容

5 利用料 無料

※ただし、訪問支援員が保育所送迎等を行った際にかかる交通費及び買い物の支援を行った際の購入費用については利用者の負担となりますので、訪問支援員に直接お支払いください。

6 支援期間 令和 年 月 日 ~ 年 月 日

※原則、支援開始後3か月以内

7 支援内容の変更

支援内容の変更を希望する場合は、区子育て支援室までご連絡ください。

なお、変更内容については利用希望に添えない場合があります。

8 その他

大阪市家事・育児訪問支援事業実施要綱第12条により、本事業の利用を終了又は中止する場合があります。