

佐世保市産前産後家事・育児支援事業利用確認書

令和 年 月分

事業者名

利用者氏名		母子健康手帳番号	
-------	--	----------	--

回数	利用日	利用時間	利用料（1,000円）	利用者 確認欄	支援員 確認欄
回目	/	: ~ :	☐ 1,000円 ☐ キャンセル (円)		
回目	/	: ~ :	☐ 1,000円 ☐ キャンセル (円)		
回目	/	: ~ :	☐ 1,000円 ☐ キャンセル (円)		
回目	/	: ~ :	☐ 1,000円 ☐ キャンセル (円)		
回目	/	: ~ :	☐ 1,000円 ☐ キャンセル (円)		

- ・回数等の内容を利用者と支援員の双方が確認し、利用者確認欄及び支援員確認欄に、各々署名又は捺印をしてください。
- ・利用者1人の利用回数は8回。多胎の場合は計16回までとなります。

※キャンセル料について
利用者の都合により利用日の変更又は派遣の中止をする場合で、利用予定日の 1 営業日前の 17 時 00 分までに連絡がなかった場合、受注者は利用者からキャンセル料を徴収することができる。