

豊後高田市ファミリー・サポート・センター入会申込書

豊後高田市ファミリー・サポート・センター 様

次のとおり入会を申し込みます。

また、利用料算定のため、世帯構成及び同居家族の課税状況の調査に同意します。

年 月 日

会員の区別	ふりがな		性別	男・女
	氏名			
<input type="checkbox"/> まかせて会員 <input type="checkbox"/> よろしく会員 <input type="checkbox"/> 両方会員	生年月日	年 月 日	歳	
	電話番号			
	住所	〒 -		

① まかせて会員の状況（まかせて会員、両方会員のみ記入）

資格	<input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> 教諭 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
援助可能時間帯	早朝	午前	午後	夕方	夜間	その都度違う
	月曜日					.....
	火曜日					.....
	水曜日					.....
	木曜日					.....
	金曜日					.....
	土曜日					◇活動できない時間帯に×印を記入してください。
	日曜日					
援助可能地域						
援助可能内容	<input type="checkbox"/> 送迎 <input type="checkbox"/> 預かり <input type="checkbox"/> 食事の提供 <input type="checkbox"/> おやつの提供 <input type="checkbox"/> 病児の預かり <input type="checkbox"/> よろしく会員宅での見守り <input type="checkbox"/> 障がいのある子どもの援助					
援助可能年齢	<input type="checkbox"/> 乳児 <input type="checkbox"/> 幼児 <input type="checkbox"/> 学童以上					

② よろしく会員の状況（よろしく会員、両方会員のみ記入）

勤務先	名称		フルタイム・パート・自営 その他 ( )
	住所		
	電話番号		
緊急連絡先①	氏名		続柄
	勤務先等名称		
	電話番号		
緊急連絡先②	氏名		続柄
	勤務先等名称		
	電話番号		

③ 援助を必要とする子どもの状況（よろしく会員、両方会員のみ記入）

ふりがな				性別	生年月日	年	月	日
氏名				男・女	アレルギー 無・有（ ）			
通所先	名称				特記事項（既往歴等）			
	電話番号							
	所在地							
ふりがな				性別	生年月日	年	月	日
氏名				男・女	アレルギー 無・有（ ）			
通所先	名称				特記事項（既往歴等）			
	電話番号							
	所在地							
ふりがな				性別	生年月日	年	月	日
氏名				男・女	アレルギー 無・有（ ）			
通所先	名称				特記事項（既往歴等）			
	電話番号							
	所在地							
ふりがな				性別	生年月日	年	月	日
氏名				男・女	アレルギー 無・有（ ）			
通所先	名称				特記事項（既往歴等）			
	電話番号							
	所在地							
ふりがな				性別	生年月日	年	月	日
氏名				男・女	アレルギー 無・有（ ）			
通所先	名称				特記事項（既往歴等）			
	電話番号							
	所在地							

④ 利用料の減免について（よろしく会員、両方会員のみ記入）

以下のいずれかに該当する場合は、利用料の一部を減免します。

該当するものに☑をつけてください。 ※確認書類の提示をお願いする場合があります。

- ひとり親家庭
- 生活保護世帯
- 市民税非課税世帯
- ダブルケア負担の世帯（育児と親等の介護を同時に行っている）
- 障害児のいる家庭
- 多胎児のいる家庭

※センター記入欄

確認者		確認書類	
-----	--	------	--