

加美町ファミリーサポートセンター入会申込

年 月 日

加美町長 殿

次のとおり加美町ファミリーサポートセンター会員登録を申請します。

なお、加美町が保有する公簿等の確認を行うこと及び、援助活動のために、この申込書の内容を利用することを承諾します。

ふりがな	かみ はなえ	性 別	男 ・ ☒ 女	写 真 (3×2.5)	
氏 名	加美 はな江	生年月日	☒ S ・ H 55 年 5 月 ☒ 日		
郵便番号	981-000	就労状況	☒ 有 ・ 無		
住 所	加美町 にしだ〇番地	勤務先名 電話番号	加美医院 電話 〇〇〇		
連絡先	自宅：63-〇〇〇1 携帯：090-〇〇〇〇				
同居の家族	3 人	配偶者	☒ 有 ・ 無	こどもの人数	1 人
緊急連絡先①	名前 加美 はな太		続柄 父 (コンビニ カミン)		
	電話① 63-●●●●		電話② 080-●●●●		
緊急連絡先②	名前 小野田 花子		続柄 祖母		
	電話① 67-●●●●		電話② 070-●●●		
備考					
地図（自宅、目印や近くの建物等） 					
参考事項	<利用料助成対象該当区分> ① 生活保護世帯 ② 非課税世帯 ③ その他 ()				

① こどもの名前		生年月日	性別	続柄
(かみ あい) 加美 愛		H・R ●年12月11日	男・女	子
保育施設・学校名等		習い事等 (有・無)		
加美こども園 (年少組 ・ やくらい先生) 電話番号 87-●●●●		電話番号		
かかりつけ医院名 加美医院 (内科)		既往歴 熱性けいれん		
電話番号 ○○○○		アレルギー (有・無) 卵アレルギー		
希望する 援助内容	1 送迎 (場所: から まで・時間帯: 時頃と 時頃) 2 預かり (場所: ・ 未定) (時間帯: 時頃から 時頃まで・ 日中 ・ 夕方 ・ 未定) 3 相談・助言 4 その他 ()			

② こどもの名前		生年月日	性別	続柄
()		H・R 年 月 日	男・女	
保育施設・学校名等		習い事等 (有・無)		
電話番号		電話番号		
かかりつけ医院名 (科)		既往歴		
電話番号		アレルギー (有・無)		
希望する 援助内容	1 送迎 (場所: から まで・時間帯: 時頃と 時頃) 2 預かり (場所: ・ 未定) (時間帯: 時頃から 時頃まで・ 日中 ・ 夕方 ・ 未定) 3 相談・助言 4 その他 ()			
センター使用欄				
会員番号		入会日	年 月 日	

