

加美町ファミリーサポートセンター入会申込書（両方会員）

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への入会を申請します。
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		性 別	男 ・ 女	写 真 (3×2.5)	
氏 名		生年月日	S・H 年 月 日		
郵便番号		就労状況	有 ・ 無		
住 所		勤務先名 電話番号			
連絡先	自宅： 携帯：				
同居の家族	人	配偶者	有・無	こどもの人数	人
緊急連絡先①	名前		続柄		
	電話①		電話②		
緊急連絡先②	名前		続柄		
	電話①		電話②		
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
ふりがな ()		H・R 年 月 日	男・女	
保育施設・学校名等		習い事等 (有・無)		
電話		電話		
かかりつけ医院名 (科)		既往歴		
電話		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 ()			

② こどもの名前		生年月日	性別	続柄
ふりがな ()		H・R 年 月 日	男・女	
保育施設・学校名等		習い事等 (有・無)		
電話		電話		
かかりつけ医院名 (科)		既往歴		
電話		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 ()			

免許資格	1 運転免許	2 保健師	3 看護師	同居のこどもの年齢												
	4 保育士	5 小学校教諭	6 医師													
	7 幼稚園教諭	8 養護教諭		歳・ 歳												
	9 その他（ ）			歳・ 歳												
援助活動内容	1 自宅で乳児（1歳未満）の預かり 2 自宅で1歳以上3歳未満の預かり 3 自宅で3歳以上の未就学児の預かり 4 自宅で小学生の預かり 5 保育施設・学校等の送迎 6 相談・助言 7 自宅以外での預かり															
援助活動可能曜日・時間	時間	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
	(例)															
	月															
	火															
	水															
	木															
	金															
	土															
	日															
	その他															
自家用車での送迎		可・不可		チャイルドシート		有・無										
ペット等		1 飼っている 2 飼っていない		ペットの種類 （ ） 飼っている場所 （ 室内 ・ 戸外 ）												
連絡可能な時間帯		時頃 電話														
過去の犯罪歴		有・無														

センター使用欄			
会員番号		入会日	年 月 日