ファミリー・サポート事業利用会員加入申込及び利用申込書（同意書）

年　　月　　日

座間市社会福祉協議会会長 殿

ファミリー・サポート事業の会員規則に同意の上、申込みます。

利用申込者住所		TEL		
		FAX		
利用申込者氏名		利用者との続柄		

※上記欄は、ご利用者と異なる場合に記載して下さい。

利用会員ID	

保護者 住所	〒252-			
	座間市			
保護者 氏名	ふりがな	お子様との続柄	ふりがな	お子様との続柄
保護者 生年月日	西暦　　年　　月　　日生（　　才）		西暦　　年　　月　　日生（　　才）	
保護者の連絡先	電 話		電 話	
	メール		メール	

世帯区分	一般 ・ ひとり親	児童扶養手当証番号 ・ ひとり親医療証	写し　申請中

	お名前	性別	生 年 月 日	施設名
援助を必要とするお子様	ふりがな		年　月　日生（　歳）	
	ふりがな		年　月　日生（　歳）	
	ふりがな		年　月　日生（　歳）	

緊急時の連絡先（保護者以外）	ふりがな		居住地	保護者との続柄	
	氏 名			電話	
緊急時の連絡先（保護者以外）	ふりがな		居住地	保護者との続柄	
	氏 名			電話	

≪同意事項≫

ファミリー・サポート事業を利用するにあたり住所・氏名・身体状況等について、座間市担当（子ども未来部各課・福祉部各課・健康部各課）、その他の関係行政機関において、把握している個人情報をファミリー・サポート事業担当者が照会することに同意します。

ご署名：

1．児童について

お名前 （フルネーム）	※かかりつけ医 機関名等	持病・病歴の有無	□ 無 □ 有（　　）
		障がい等の有無	□ 無 □ 有（ 療育手帳 ・ 受給者証 ・ その他　　）
		アレルギーの有無	□ 無 □ 有（　　）
		食事の制限の有無	□ 無 □ 有（ 卵・牛乳・大豆・その他・　　）
お名前 （フルネーム）	※かかりつけ医 機関名等	持病・病歴の有無	□ 無 □ 有（　　）
		障がい等の有無	□ 無 □ 有（ 療育手帳 ・ 受給者証 ・ その他　　）
		アレルギーの有無	□ 無 □ 有（　　）
		食事の制限の有無	□ 無 □ 有（ 卵・牛乳・大豆・その他・　　）
お名前 （フルネーム）	※かかりつけ医 機関名等	持病・病歴の有無	□ 無 □ 有（　　）
		障がい等の有無	□ 無 □ 有（ 療育手帳 ・ 受給者証 ・ その他　　）
		アレルギーの有無	□ 無 □ 有（　　）
		食事の制限の有無	□ 無 □ 有（ 卵・牛乳・大豆・その他・　　）

2．保護者の状況について

区　分	父　親	母　親
会社名（最寄り駅）	（　　駅）	（　　駅）
勤務時間	時　　分 ～　　時　　分	時　　分 ～　　時　　分
	時　　分 ～　　時　　分	時　　分 ～　　時　　分
連絡可能時間	いつでも 又は　　時　　分 ～　　時　　分	いつでも 又は　　時　　分 ～　　時　　分
休 日 等	□ 定期（　　・　　・　　曜日）	□ 定期（　　・　　・　　曜日）
	□ 国民の祝日	□ 国民の祝日
	□ 不定期	□ 不定期
	（　　）	（　　）

備考	◎協力会員宅にお子さんがいても　　□ 可　　□ 否
	◎協力会員宅にペットがいても　　□ 可　□ 外でなら可　□ 否 否の場合の理由：
	◎自宅にペットがいる 種類：犬（大型 ・ 小型/中型）、猫、その他（　　）
	◎お子さんにご兄弟いる場合、お名前・年齢の記入にご協力ください。
	◎その他、気になること