様式第２号（第9条関係）

養父市ファミリーサポートセンター

おねがい会員入会申込書

年　　　月　　　日

養父市長　様

次のとおり、養父市ファミリーサポートセンターへ入会を申し込みます。

つきましては、養父市ファミリーサポートセンター事業実施要綱及び養父市ファミリーサポートセンター会則を遵守し、この申込書に記載の情報がまかせて会員に提供されることに同意します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | ﾌﾘｶﾞﾅ | 性別 | 男・女 | 写真を貼る |
|  |
| 生年月日 | 　　　　　　年　　　月　　　日　　　（満　　　歳） |
| 住　所 | ﾌﾘｶﾞﾅ |
| 〒（地区名　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 連絡先 | 自宅電話番号 | 緊急連絡先 | 氏名 |
| 自宅FAX番号 |  |
| 携帯電話番号 | 電話番号 |
| 勤務先 | 名称所在地電話番号（　　　　　　　　　　　　　　） | 勤務形態 | 常勤・パート・自営 |
| 勤務時間 |  |
| 子どもの状態 | 　 | 生年月日 | 年齢 | 性別 | 血液型 | 保育所・認定こども園・小学校名 | 既往歴・アレルギー気を付けて欲しい事 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 同居家族 | 　 | 続柄 | 年齢 | 勤務先（学校名） | 援助して欲しい内容 | １)教育・保育施設などへの送迎２)教育・保育施設など終了後の預かり３)学習塾・習い事などへの送迎４)その他（　　　　　　　　　　　　） |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| かかりつけ医療機関 | 名称 |  | 名称 |  |
| 所在地 |  | 所在地 |  |
| 電話 |  | 電話 |  |
| 特記事項 | 生活保護受給世帯、市町村民税非課税世帯、ダブルケア世帯の状況を記入のこと。(生活保護受給者証の写し、納税証明書、介護保険被保険者証の写し等状況確認ができる資料を添付すること。) |
| 備考欄 |

☆自宅付近の地図を描いてください。

（小学校・バス停・公共機関など目印になるものから自宅までをできる限り詳細に記入してください。）

誓約書

養父市長　様

住所　　養父市

　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

入会するにあたり、養父市ファミリーサポートセンターがファミリーサポートセンター保障保険に加入することを承知します。万一の事故等により、私が被害を受けた場合において、ファミリーサポートセンター補償保険から支払われる保険金額で承知するとともに、これ以上については一切異議の申し立てをせず、市長に対して迷惑をかけないことをここに誓約いたします。

 事務局記入欄（以下は記入しないでください）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 会員番号 | 第　　　　号 | 入会年月日 | 年　　月　　日 | 本人確認 | 免許証・保険証その他（　　　　　　） |
| 退会年月日 | 年　　月　　日 |