

市ファミリーサポートセンターの会員には、育児の援助を行いたい側の「援助会員」のほか、育児の援助を受けたい側の「依頼会員」、その両方にあたる「両方会員」があります。

様式第1号（第8条関係）

入会申込年月日を記入してください。

※入会申込書に貼付する写真は、入会を申し込みされる方(保護者の方)がご用意ください。
なお、貼付する写真については、申込者からの申し出によりファミリサポートセンター(かすみがうら市社会福祉協議会)でお撮りいたします。



(あて先) かすみがうら市
次のおり、かすみがうら市

令和〇年5月1日

この欄は、記入しないでください。

入会を申し込みされる方(保護者の方)のお名前や住所などを記入してください。
なお、連絡先については、日中帯に連絡がつく電話番号を記入してください。

全員

会員種別	<input type="checkbox"/> 援助会員 <input type="checkbox"/> 依頼会員 <input checked="" type="checkbox"/> 両方会員	※ 会員番号	
ふりがな	ちよだ はなこ	性別	
氏名	千代田 花子	男・女	<input checked="" type="radio"/> 女
生年月日	平成〇年11月22日 満〇歳		
住所	〒315-8512 かすみがうら市上土田461番地		
連絡先	自宅：0299-59-2111 携帯：090-XXXXX-XXXXX		
就労状況	<input type="checkbox"/> 常勤 <input checked="" type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他()		

援助会員として、活動できる時間や曜日を記入してください。
また、援助できる内容や対象者など該当する項目にチェックマークを付してください。

2 援助会員

活動できる時間	曜日	日	月	火	水	木	金	土	備考
午前 9:00 ~ 11:30		-	○	○	○	○	○	○	
午後 1:30 ~ 5:00		○	○	○	○	○	○	-	
援助できる内容 <input checked="" type="checkbox"/> 自家用車等での送迎 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅での預かり <input checked="" type="checkbox"/> 自宅以外での預かり (依頼会員宅、児童館など)									
援助できる対象 <input checked="" type="checkbox"/> 乳児 (生後6か月から) <input checked="" type="checkbox"/> 幼児 (1歳から小学校又は義務教育学校就学前) <input checked="" type="checkbox"/> 小学生又は義務教育学校前期課程児童									
資格免許等 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> 保育士 (実務経験年数 年) <input type="checkbox"/> 教員免許 (<input type="checkbox"/> 幼稚園教諭 <input type="checkbox"/> 小学校教諭 <input type="checkbox"/> 中学校教諭 <input type="checkbox"/> 養護教諭) <input checked="" type="checkbox"/> 普通自動車運転免許 <input type="checkbox"/> その他()									
同居家族 <input checked="" type="checkbox"/> 配偶者 <input checked="" type="checkbox"/> 子 (15歳・12歳・9歳・ 歳) <input checked="" type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> その他()									
ペット <input type="checkbox"/> いない ・ <input checked="" type="checkbox"/> いる (室内犬2匹)									

育児の援助を依頼したいお子さんのお名前や生年月日などを記入してください。
なお、アレルギー等留意すべき事項があるときは、健康状態の欄にその旨を記入してください。

3 依頼会員

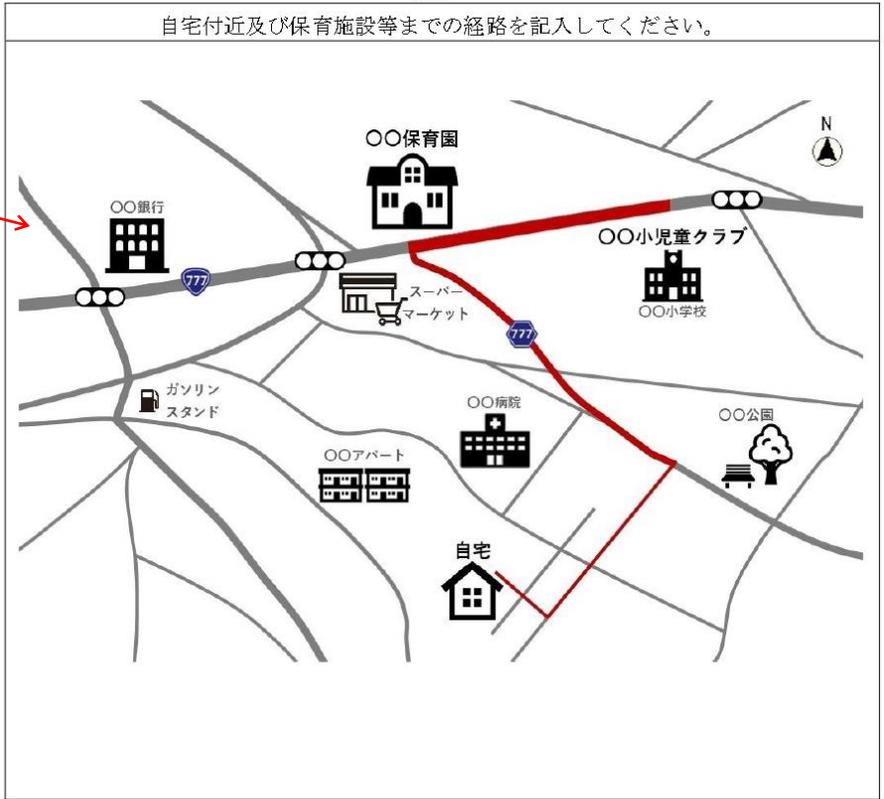
援助を依頼したい子ども	子どもの氏名	生年月日	性別	保育所、幼稚園、小学校、義務教育学校又は放課後児童クラブの名称	送迎希望の有無	健康状態(アレルギー等留意すべき事項)
	千代田 一郎	平成〇年3月27日	男	〇〇小児童クラブ	有	良好 (アトピー性皮膚炎)
	千代田 はな	令和〇年12月11日	女	〇〇保育園	有	良好
かかりつけの医師、病院等 〇〇医院 〇〇 太郎 医師 電話番号 029-XXXX-XXXXX						

お子さんのかかりつけの医師や病院の電話番号を記入してください。

(裏)

自宅付近及び保育施設等までの経路を記入してください。

入会を申し込みされる方の自宅付近のほか、自宅からお子さんが入所する保育園や児童クラブまでの経路を朱書きしてください。



普通自動車運転免許の写し貼付欄（自家用車で送迎活動を行う会員希望の方のみ）

援助会員として、自家用自動車で送迎活動を希望される方は、普通自動車運転免許証の写しを貼付してください。

