

入会申込書 (依頼会員用)

会則における事業・業務・相互援助活動のために提供・利用することに同意します。

会員 番号	
----------	--

ふりがな		生年月日	性別
氏名		平成・昭和 年 月 日	男 女
住所	〒 自治体会名 ()		
	自宅TEL:	FAX:	携帯:
	勤務先名	TEL:	
同居家族	名前	続柄	就労状況
	名前	続柄	就労状況
	名前	続柄	就労状況
緊急連絡先	名前		続柄
	TEL:	携帯:	
	名前		続柄
	TEL:	携帯:	
申請項目	<input type="checkbox"/> ひとり親世帯 <input type="checkbox"/> 児童扶養手当受給世帯 <input type="checkbox"/> 町民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> ダブルケア世帯		
援助の必要な 子どもの状況	子どもの名前 (ふりがな)		保育園・学校
			名称
			住所 TEL:
	性別 (男 女)		かかりつけ医院名
	年 月 日生		住所 TEL:
	既往歴 (アレルギーの有無等)		
	子どもの名前 (ふりがな)		保育園・学校
			名称
			住所 TEL:
	性別 (男 女)		かかりつけ医院名
	年 月 日生		住所 TEL:
	既往歴 (アレルギーの有無等)		
	子どもの名前 (ふりがな)		保育園・学校
			名称
			住所 TEL:
	性別 (男 女)		かかりつけ医院名
年 月 日生		住所 TEL:	
既往歴 (アレルギーの有無等)			

仁淀川町ファミリーサポートセンター利用料助成登録申請書

平成 年 月 日

仁淀川町ファミリーサポートセンター長 様

仁淀川町ファミリーサポートセンター利用料助成を受けたいので、次のとおり登録申請します。

申請者	氏名		生年月日	年 月 日
	住所		電話番号	
区分	氏名	世帯主との続柄	生年月日	勤務先
世帯構成員		世帯主		
備考	<input type="checkbox"/> 児童扶養手当受給世帯 <input type="checkbox"/> 町民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> ダブルケア ※別途様式第13号ダブルケア申告書必要			
同意書				
<p>仁淀川町ファミリーサポートセンター会則第16条に規定する対象世帯であることについて、仁淀川町が保有する公簿等により確認することについて同意します。また、対象世帯に該当しなくなった場合、速やかに申し出ます。</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名 ㊟</p> <p>※同意があり公簿等による確認ができる場合は、添付書類を省略することができます。</p>				

センター記載欄

登録審査年月日	登録結果	登録解除年月日・事由
年 月 日	決定 ・ 却下	年 月 日・本人申出により

(様式第13号)

仁淀川町ファミリーサポートセンターダブルケア申告書

ケアを受けている方について

氏名			
生年月日	(歳)	申告者との続柄	
住所・電話	TEL		
介護・看護状況	<input type="checkbox"/> 在宅 (同居・別居)		
	<input type="checkbox"/> 入院・入所(機関) <input type="checkbox"/> その他 ()		
	※同居以外の場合記入 訪問頻度 (週・月 日 程度) <input type="checkbox"/> その他 ()		
内容	家事援助・食事補助・着脱衣補助・入浴補助・排泄補助・外出同行・経済的援助・その他 <介護・看護の状況を具体的にご記入ください>		

申請内容	<input type="checkbox"/> ①介護	<input type="checkbox"/> ②障害	<input type="checkbox"/> ③傷病
①介護認定の有無 ※要認定書コピー	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 要支援 ()	<input type="checkbox"/> 要介護 ()
②手帳の有無 ※要手帳コピー	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (級)	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 (級)
	<input type="checkbox"/> 療育手帳 (A1・A2・B1・B2)		
③傷病申告	傷病名 ()		
	<input type="checkbox"/> 通院 (月・週 日程度) <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	治療期間: <input type="checkbox"/> (年 月 日 ~ 年 月 日)		
	<input type="checkbox"/> 未定 (理由:)		
	医療機関:		

上記の通り、現在育児と介護・看護等を同時に行っていることを申告いたします。また、助成対象に該当しなくなった場合、速やかに申し出ます。

平成 年 月 日

申告者住所

氏名

印

センター記載欄

登録審査年月日	登録結果	登録解除年月日・事由
年 月 日	決定・却下	年 月 日・本人申出により