

写真貼付
縦3cm
×
横2.5cm

～記入例～

年 月 日

(宛先) 新発田市長

下記のとおり、新発田市ファミリー・サポート・センターに入会したいので、申し込みます。また、本入会申込書記載の情報が、提供会員に提供されることに同意します。

会員種別	依頼会員		会員番号	※記入しないでください。		
ふりがな	しばた はなこ		男	生年月日〇〇年 3月30日 (△歳)		
氏名	新発田 花子		女	(電話番号) 090-〇〇〇〇-××××		
住所	〒 957-00△△ 新発田市中心1-〇-△					
職業	会社員	勤務先	〇〇〇サービス (電話番号 △△-4567)			
育児援助の依頼をしたい子どもの状況	(ふりがな) 子どもの氏名	生年月日	性別	学校名・園名	学年・組名	
	しばた 新発田 あやめ	H26.1.1	女	〇〇小学校	2年	
	しばた 新発田 さくら	H30.1.2	女	〇〇保育園	年少〇〇組	
	しばた はじめ 新発田 元	R2.1.3	男	〇〇保育園	〇〇〇組	
上記以外の家族及び緊急連絡先	(ふりがな) 氏名	生年月日	続柄	職業、学校名・園名	緊急連絡先	※順位
	しばた なるう 新発田 太郎	S58.7.10	父	公務員	0△0-1234-5678	2
	しばた うめこ 新発田 梅子	S30.7.7	祖母	富塚町1-〇-△	〇〇-1234	3
				別居であれば住所を記入		

子から見た続柄を記入

別居であれば住所を記入

※ 順位＝緊急時に連絡をする優先順位を記入してください。

サポートを希望する方が記入してください。

サポートを希望する
方のみ記入

必要とする援助内容	家事援助	1 食事の調理及び片付けに関すること	育児援助	1 授乳	
		2 衣類の洗濯		2 おむつ交換	
		3 住居の掃除や整理整頓		3 沐浴の介助	
		4 買物		4 上の子のお世話	
		5 その他必要な家事		5 その他必要な保育	
		()		()	
出産予定日	△△年 9月20日		出産予定の産院	〇〇病院 (電話 25-△△〇〇)	
依頼会員の健康状態	1 健康 2 不安あり (具体的に:)				

※ 相互援助活動中に生じた事故については、当事者同士で解決するものとし、新発田市ファミリー・サポート・センターには責任を及ぼしません。