

## 愛川町ファミリー・サポート・センター入会申込書

愛川町長 殿

年 月 日

会員種別	1. 依頼会員 2. 提供会員 3. 両方会員	会員番号		
ふりがな		性別	男 ・ 女	
氏名	⑨ <small>（記名押印に代えて、署名することができます。）</small>	生年月日	年 月 日	
自宅住所	〒  電 話 : ( )	勤務先	会社名	
			電話番号	
		緊急連絡先(携帯)		
職 業	1. 雇用労働者 (フルタイム・パートタイム) 2. 自営業者 3. 無職 4. その他 ( )			
同居家族	1. 配偶者 有・無 2. 子供 人 3. その他 ( )			
チャイルド・シートの有無	1. 乳児用 2. 幼児用 3. 学童用 4. なし			
自宅の最寄のバス停				

会員種別1又は3に○をした方	対象児童	氏 名	性別	生年月日(年齢)	保育施設等名 (TEL)	
			男・女	年 月 日 ( 歳)		
			男・女	年 月 日 ( 歳)		
			男・女	年 月 日 ( 歳)		
	かかりつけの病院					
	保 険 証 種 別					

会員種別2又は3に○をした方	援助できる内容	1. 乳幼児保育 2. 児童保育 3. 保育施設等への送迎 4. その他 ( )									
	時 間 帯	日	月	火	水	木	金	土	備 考		
	: ~ :										
	: ~ :										
	: ~ :										
	: ~ :										
車での送迎	可 ・ 不可			病後児保育等				可 ・ 不可			

都合の良い欄に○をつけてください。

事務局 記入欄	
------------	--

※事務局で会員自宅付近の明細地図のコピーを添付すること。