

おたるファミリーサポートセンター入会申請書

入会日 年 月 日

会員番号

ふりがな		生 年 月 日	性 別
会 員 氏 名		昭和 平成 年 月 日	男 ・ 女
住 所	〒		
	自宅 TEL :	FAX :	携帯 :
利用ガイド	・ 受け取った ・ 受け取っていない		

利用予定のお子さんについて

ふりがな		性 別	お子様のことでお伝えしたいこと
氏 名		男 ・ 女	アレルギー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
生年月日	平成 ・ 令和 年 月 日		持病 ・ 障がいなど <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
保育所名 学校名等			その他
ふりがな		性 別	お子様のことでお伝えしたいこと
氏 名		男 ・ 女	アレルギー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
生年月日	平成 ・ 令和 年 月 日		持病 ・ 障がいなど <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
保育所名 学校名等			その他
ふりがな		性 別	お子様のことでお伝えしたいこと
氏 名		男 ・ 女	アレルギー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
生年月日	平成 ・ 令和 年 月 日		持病 ・ 障がいなど <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
保育所名 学校名等			その他

※市で記載 助成金登録（病気・緊急の預かり） 非課税世帯 ひとり親世帯 ダブルケア負担世帯

(同意書・非課税証明書、児童扶養手当証明書・ひとり親家庭等医療費受給者証等、介護保険被保険者証)

おたるファミリーサポートセンター事業の利用にあたって会則を遵守するとともに、この登録申請書に記載した内容に関し当該事業や関係者に情報提供されることについて同意いたします。

署名 _____

おたるファミリーサポートセンター令和3年度改定