

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	〒 駐 車 場 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有 (番号等)		
	自宅 TEL :	FAX :	携 帯 :

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
 該当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