

四万十市訓令第3号

四万十市ファミリーサポートセンター事業実施要綱の全部を改正する訓令を次のように定める。  
令和4年4月1日

四万十市長 中 平 正 宏



四万十市ファミリーサポートセンター事業実施要綱

四万十市ファミリーサポートセンター事業実施要綱（平成31年四万十市訓令第8号）の全部を次のように改正する。

（目的）

第1条 この訓令は、四万十市ファミリーサポートセンター（以下第3条の表を除き「センター」という。）を拠点とした会員制の相互の援助活動に係る事業（以下「事業」という。）を実施することにより、仕事と育児を両立できる環境を整備し、もって児童福祉の向上及び労働者の福祉の増進に資することを目的とする。

（実施主体）

第2条 事業の実施主体は、四万十市とする。ただし、市長は事業の一部または全部を適切な事業運営が確保できると認められる団体に委託することができる。

（名称及び位置）

第3条 センターの名称及び位置は次のとおりとする。

名称	しまんとファミリーサポートセンター
位置	四万十市右山元町一丁目1867番地1

（業務時間）

第4条 センターの業務時間は午前9時から午後6時までとする。ただし、市長が必要と認めるときは、これを変更することができる。

（休業日）

第5条 センターの休業日は、次に掲げるとおりとする。ただし、市長が必要と認めるときは、臨時に休業又は開業することができる。

- (1) 国民の祝日に関する法律(昭和23年法律第178号。以下「祝日法」という。)に規定する休日
- (2) 日曜日及び水曜日。ただし、祝日法に規定する休日に当たるときは、その日後において、その日に最も近い祝日法による休日でない日とする。
- (3) 12月29日から翌年1月3日までの日(前2号に掲げる日を除く。)

（業務内容）

第6条 センターの業務内容は、次に掲げるとおりとする。

- (1) 会員の募集、登録その他会員組織に関すること。
- (2) 会員相互の援助活動の調整に関すること。
- (3) 会員相互の援助活動に必要な講習及び指導に関すること。
- (4) 会員相互の交流会の開催に関すること。
- (5) 会員相互の援助活動に係る会員からの相談に関すること。
- (6) 関係機関との連絡調整に関すること。
- (7) センターの広報に関すること。
- (8) 前各号に掲げるもののほか、第1条の目的を達成するために必要な業務

（会員の要件等）

第7条 この訓令に基づいて援助活動を行おうとする者は、第1条の目的の趣旨を理解し、育児の援助を行いたい者（以下「援助会員」という。）、援助を受けたい者（以下「依頼会員」という。）又は援助会員及び依頼会員の両方の資格を有する者（以下「両方会員」という。）のそれぞれに定める要件を満たし、そのいずれかの者としてセンターの定める手続きに従って入会しなければならない。

2 援助会員は、次に掲げる要件に該当する者でなければならない。

- (1) 援助活動に關し、理解と熱意を有する者
  - (2) 20歳以上の心身ともに健康な者で、積極的に援助活動を行うことができるもの
  - (3) 市又はセンターが実施する講習会を受講した者及び他市で行う同程度の講習会を受講した者のうちセンターが認めるもの
  - (4) その他、市長が必要と認める者
- 3 依頼会員は、次に掲げる要件に該当するものでなければならない。
- (1) 本市に居住、又は勤務している者
  - (2) 生後6ヶ月以上の乳幼児又は小学生（以下「子ども」という。）と現に同居し、当該子どもを養育している者
  - (3) その他、市長が必要と認める者
- 4 兩方会員は、前2項の要件を満たし、援助会員及び依頼会員のいずれにも登録したものを使う。
- (入会等)

第8条 会員として入会しようとする者は入会申込書（様式第1号）をセンターに提出し、その承認を受けなければならない。

- 2 センターから援助会員として承認されたものは、援助会員登録票（様式第2号）をセンターに提出しなければならない。
- 3 センターから依頼会員として承認されたものは、依頼会員登録票（様式第3号）及び利用子ども登録票（様式第4号）をセンターに提出しなければならない。
- 4 センターは、第1項の申込みに基づき承認した者を会員として登録するとともに、当該会員に対し会員証（様式第5号）を発行するものとする。
- 5 会員は、センターから発行された会員証を紛失した場合は、会員証紛失届（様式第6号）を速やかに提出するものとする。
- 6 会員は、会員証の紛失、棄損、その他の理由により会員証の再発行を希望する場合は、センターに対し会員証再発行申請書（様式第7号）を提出するものとする。
- 7 会員は、入会申込書及び登録票に記載した事項に変更が生じたときは、速やかにセンターに届け出なければならない。

(保険)

第9条 会員及び依頼会員の子ども並びにセンターは、援助活動中の事故等に備え、センターが指定するファミリー・サポート・センター補償保険に加入するものとする。

- 2 前項の保険加入に要する保険料は、センターが負担する。

(損害賠償)

第10条 会員は、故意若しくは過失又は不正な行為により、センターに損害を与えた時は、その損害を賠償しなければならない。

(会員の責務)

第11条 会員は、次に掲げる事項を遵守しなければならない。

- (1) 援助活動を通じて知り得た情報を他に漏らさないこと。会員を退いた後も同様とする。
  - (2) 援助活動を利用して物品の販売及びあっせん、宗教活動、政治活動等を行わないこと。
  - (3) 前2号に掲げるもののほか、第1条の目的に反する行為を行わないこと。
- 2 援助会員は、次に掲げる事項を遵守しなければならない。
- (1) 信義に基づき誠実に援助活動を行うこと。
  - (2) 援助活動中の子どもの安全の確保に努めること。
  - (3) 援助活動中に事故が発生したとき及び子どもに異常を認めたときは、直ちに依頼会員に連絡するとともに、状況に応じた適切な措置を取った後、速やかにセンターに報告すること。
  - (4) 複数の会員に対して同時間帯に重複した援助活動を行わないこと。
  - (5) 援助活動中は常に会員証を携帯し、依頼会員その他関係者から請求があったときは、これを提示すること。
- 3 依頼会員は、次に掲げる事項を遵守しなければならない。
- (1) 利用が不確定な予約及びこれによる予約の解除を慎むこと。
  - (2) 援助会員に第18条に規定する援助活動以外の活動を要求しないこと。
  - (3) 援助会員とあらかじめ協議し、又は確認した援助活動の内容に変更が生じたときは、速や

かにセンターに報告すること。

(4) 援助活動終了後に当該活動の実施内容を確認するとともに、第24条第1項に規定する利用料及び実費又は同条第2項に規定する取消料を援助会員に支払うこと。

(退会)

第12条 会員は、次の各号のいずれかに該当したときは、持参又は郵送により速やかにセンターに退会届（様式第8号）を提出しなければならない。

(1) 退会しようとするとき。

(2) 第7条に規定する要件を満たさなくなったとき。

(3) 援助活動の対象となる子どもが第17条第1項の要件に該当しなくなったとき。

2 センターは、会員が次の各号のいずれかに該当したときは、会員の資格を喪失させることができる。

(1) 会員としてふさわしくない行為があったとき。

(2) 故意若しくは過失又は不正な行為により、センターに損害を与えたとき。

(3) 会員相互の援助活動に必要な適格性を欠くと認められたとき。

(4) 前条第1項各号に掲げる責務に違反したとき。

3 センターは、前項の規定により会員の登録を抹消したときは、登録抹消通知書（様式第9号）により、登録を抹消した会員に通知するものとする。

4 会員は、退会若しくは会員の資格を喪失したときは、直ちに会員証及びセンターから提供された会員に関する情報が記載された書類を返還しなければならない。

(組織)

第13条 センターは、援助会員、依頼会員、代表者、アドバイザー及びセンターが必要と認める職員で組織する。

(代表者)

第14条 センターに代表者を置く。

2 代表者は、センターを代表し、センターの業務を統括する。

(アドバイザー)

第15条 この支援事業を円滑に実施するため、センターにアドバイザーを置く。

2 アドバイザーの職務は、次に掲げるとおりとする。

(1) センターの業務内容の周知及び啓発に関すること。

(2) 会員の募集、登録等に関すること。

(3) サブ・リーダーの育成及び指導に関すること。

(4) 会員相互の援助活動の調整に関すること。

(5) 会員に対する講習会及び会員相互の交流会の実施に関すること。

(6) 会員間に生じた問題の解決又は助言に関すること。

(7) 他のセンター等関係機関との連絡調整に関すること。

(8) 前各号に掲げるもののほか、センターの運営について市が指示する事項に関すること。

3 アドバイザーは、職務上知り得た情報を他に漏らしてはならない。その職を退いた後も同様とする。

(サブ・リーダー)

第16条 センターは、事業を円滑に運営するため、一定の地域を単位とする会員グループごとに、その世話をを行うサブ・リーダーを置くことができる。

2 サブ・リーダーは、会員の中からアドバイザーの意見を聴いてセンターが依頼する。

3 サブ・リーダーは、事業に対する協力者としてアドバイザーの指示を受けて、会員相互の援助活動の調整及び会員からの相談に関する業務を行う。

(援助活動の対象)

第17条 援助活動の対象は、依頼会員と同居し養育している子どもとする。

2 前項の規定にかかわらず、対象の子どもの身体の状況等により、安全な援助活動の実施が困難と判断されるときは、援助活動の対象から除くことができる。

(援助活動の内容)

第18条 会員が行う援助活動の内容は、次に掲げるとおりとする。

(1) 認定子ども園、保育所、幼稚園、小学校、放課後児童クラブ及び認可外保育施設（以下「保

育施設等」という。) の開始時間前及び終了時間後の子どもの預かり

- (2) 保育施設等と援助活動を行う場所の間の子どもの送迎
- (3) 保育施設等が休日である場合、その他相当の理由がある場合の子どもの一時預かり
- (4) 前3号に掲げるもののほか、会員の育児に関し、第1条の目的に適合する援助活動

2 前項に規定する子どもを預かる場所は、会員の自宅、児童館や地域子育て支援拠点等の施設、センターが設置する預かり専用施設、その他子どもの安全が確保できる場所とし、両会員間の合意により決定するものとする。ただし、援助会員が援助活動を行う場所は、原則として市内に限るものとする。

3 援助会員が一度に援助活動を行うことのできる子どもの人数は、原則として1人とする。ただし、兄弟姉妹等複数の子どもに対する援助活動が合理的であると認められる場合は、3人を限度として援助活動を行うことができるものとする。

(病児等に対する援助活動)

第19条 前条第1項に規定する援助活動は、病児（当面症状の急変は認められないが、病気の回復期に至っていない児童をいう。以下同じ。）及び病後児（病気の回復期である児童をいう。以下同じ。）で集団保育が困難な子どもの預かりを含むものとする。

2 病児及び病後児に対する援助活動の実施については、事前に医師の診察を受け、診断結果報告書（様式第10号）により医師からのファミリーサポート利用の許可を得たものに限る。

3 通常活動中に児童の体調が急変した場合など、事前に医師の診察を受けていない場合においては、代理受診委任状（様式第11号）が事前に提供されている場合のみ、代理受診を行うことができることする。

4 依頼会員は、病児及び病後児の援助活動を依頼する際には、病児連絡票兼投薬依頼書（様式第12号）を提出するものとする。

5 病児及び病後児を預かる場所は、原則として会員の自宅とする。ただし、センターが認める場所で両会員の合意があれば、その他の場所で援助活動が行うことができるものとする。

6 援助会員が病児及び病後児に対する援助活動を行うことができる子どもの人数は1人とする。

7 病児及び病後児に対する援助活動において、次に掲げる援助活動は実施できないこととする。

- (1) 満1歳に達していない乳幼児に対する活動
- (2) 医療器具の操作など医療行為と判断されるもの
- (3) 市販薬の投薬

(4) 四十万市及び近隣地域で感染症の流行状況が見られるときの病児の預かり

8 病児及び病後児の援助活動を行う際、依頼会員又は依頼会員が指定した者は、児童の体調が急変した際などに速やかに児童の引き渡しを受けることができるようにしておくこととする。

(協力医療機関等)

第20条 病児及び病後児への援助活動を行うにあたり、次のとおり協力医療機関及び医療アドバイザーを設置する。

協力医療機関	高知県立幡多けんみん病院
医療アドバイザー	さたけ小児科 院長 佐竹幸重

2 第18条第2項ただし書きの規定にかかわらず、協力医療機関での援助活動は実施できるものとする。

3 協力医療機関は、病児及び病後児の援助活動時における症状の急変時等、緊急時の受け入れを行うものとする

4 医療アドバイザーは、病児及び病後児の援助活動時において、保健医療面での助言を隨時行うものとする。

(援助活動の時間)

第21条 援助活動の時間は、原則として午前7時から午後9時までの間で、依頼会員が希望する時間とする。ただし、やむを得ない事情があると判断され、援助会員の同意がある場合は、早朝及び夜間の援助活動も認めることとする。

2 前項ただし書きに規定する援助活動を行う場所は、原則として援助会員の自宅とする。

(事前打合せ)

第22条 援助活動を実施するときは、援助会員と依頼会員双方が事前に立ち会い、打合せを行う

ものとする。

- 2 依頼会員は、援助活動の実施の有無に関わらず、あらかじめ事前の打合せをセンターに申込み、援助会員の紹介を受けることができる。

(援助活動の実施)

第23条 依頼会員は、この訓令の規定に基づく援助活動を依頼しようとするときは、センターに対し必要とする援助活動の内容等を示して、援助会員の紹介の申込みをするものとする。

- 2 センターは、前項の申込みがあったときは、援助依頼受付簿（様式第13号）に記入するとともに、当該申込みの内容に対応することができる援助会員を選考し、当該申込みをした依頼会員に紹介状（様式第14号）にて紹介するものとする。

- 3 援助会員が行う援助活動は、第1項の規定により申込みがあった援助内容に限るものとする。

- 4 援助活動は、援助会員及び依頼会員の相互の主体的な合意と責任の下に実施するものとする。

- 5 援助活動において、保育施設等へ出向いて子どもを預かる必要がある場合は、依頼会員から保育施設等に対し送迎委任状（様式第15号）を事前に提出するものとする。

- 6 援助活動を実施した援助会員は、前項の援助活動の実施後、速やかに活動報告書【日報】（様式第16号）を作成し、援助を依頼した依頼会員の確認を受けなければならない。なお、病児及び病後児に対する援助活動を行った場合は、病児・病後児活動報告書【日報】（様式第17号）を作成するものとする。

- 7 援助活動を実施した援助会員は、援助活動の実績を月ごとに取りまとめた活動報告書【月報】（様式第18号）を、速やかにセンターに提出するものとする。

- 8 援助会員は、援助活動中に事故が発生した場合は、事故等報告書（様式第19号）を作成しセンターへ提出すること。

- 9 センターは、事業年度内において援助活動を1回以上行った援助会員に対して、1年度につき5千円を支払うこととする。

(利用料等)

第24条 援助活動を依頼した依頼会員は、当該活動を実施した援助会員に対し、援助活動の終了後、その都度速やかに利用料及び実費を支払わなければならない。

- 2 援助活動を依頼した依頼会員は、援助活動の申込み後に取り消したときは、依頼した援助会員に対し、速やかに取消料を支払わなければならない。

- 3 第1項の利用料及び実費の額並びに前項の取消料は別表第1のとおりとする。

(利用助成)

第25条 センターを利用する場合において、ひとり親世帯、市民税非課税世帯、生活保護世帯、多胎児世帯、障害者世帯、産後ケア世帯及びダブルケア（育児と介護若しくは看護の同時進行のことをいう。以下同じ。）負担の世帯のいずれかに該当するときは、別表第2に定める基準により助成を行うものとする。

- 2 依頼会員は、前項による利用料の助成を受けるときは、利用料助成申請書（様式第20号）を市長に提出するものとする。

- 3 ダブルケア負担の世帯に該当する場合は、ダブルケア申告書（様式第21号）を利用料助成申告書に添付するものとする。

- 4 市長は、前項の申請があったときは、速やかに内容の審査を行ったうえで可否を決定し、適当であると認めたときは、利用料助成決定通知書（様式第22号）により、適当でないと認めたときは、利用料助成却下通知書（様式第23号）により通知するものとする。

- 5 会員は、利用助成決定の内容に変更があった場合は、利用料助成内容変更申告書（様式第24号）を市長に提出するものとする。

- 6 利用料の助成を開始する適用時期については、助成を決定した月から適用し、利用料の助成を終了する適用時期は、助成の要件に該当しなくなった日から助成を行わないものとする。

- 7 実費及び取消料については、助成を行わないものとする。

- 8 利用助成対象の依頼会員による利用の際は、依頼会員は前条の規定により算出された利用料の額から助成金の額を差し引いた額を援助会員に支払うものとし、センターは当該援助活動による助成金の額を援助会員に対して支払うものとする。

- 9 市長は、偽りその他の不正な手段により助成を受けた者がいたときは、当該助成金の金額全部又は一部を返還させることができる。

(利用支援)

第26条 事業の利用促進を図ることを目的として、依頼会員に対し初回の利用時に係る利用料を全額助成する。ただし、利用可能時間は2時間を上限とする。

2 依頼会員は利用を希望するときは、お試し利用申請書（様式第25号）をセンターに提出するものとする。

3 センターは、当該利用支援による助成金の額を援助会員に対して支払うものとする。

(その他)

第27条 この訓令に定めるもののほか、必要な事項は市長が別に定める。

附 則

この訓令は、公布の日から施行する。

別表第1（第24条関係）

## 1 利用料基準

活動日	活動時間	利用料
月曜日から金曜日まで（祝日法に規定する休日及び12月29日から1月3日までの日のうち該当する日を除く。）	午前7時から 午後7時まで	1時間につき600円（病児・病後児の場合700円）
	上記以外の時間	1時間につき700円（病児・病後児の場合800円）
上記以外の日		1時間あたり700円（病児・病後児の場合800円）

## 備考

- (1) 活動時間は、援助会員が援助活動を開始した時から当該援助会員が依頼会員又は依頼会員が指定した者に引き渡すまでの時間とする。
- (2) 援助活動を開始した地点までの移動又は援助活動を終了する地点からの移動について、これらの移動に要する時間として援助会員及び依頼会員の合意により定める時間を前号に規定する時間に加算することができる。
- (3) 時間の算定に当たって、30分未満は30分とし、30分以上にあっては1時間とする。
- (4) 前号に規定する30分に係る利用料は、1時間当たりの利用料に2分の1を乗じて得た額とする。
- (5) 依頼会員が登録している複数の子どものうち2人以上を同時に援助する場合、2人目以降の子どもに係る利用料は、1人につきこの表及び前4号の規定により算定した利用料に2分の1を乗じて得た額とする。

## 2 実費

区分	支 払 額
子どもの送迎等について、公共交通機関を利用した場合の交通費その他移動に要した費用	実費
子どもの送迎について、援助会員の自家用車を利用した場合の移動に要した費用	実費相当額
相互援助活動に必要な飲食物、おむつ等で、援助会員が準備したものに係る費用	実費

## 3 取消料

区分	取 消 料
活動予定日の前日までの取り消し	無料
活動予定当日の取り消し	予定時間数に対する報酬の半額
無断取り消し	予定時間数に対する報酬の全額

## 備考

- (1) 活動予定日当日に複数の子どものうち一部の子どもの援助を取り消す場合の取消料は、1人につき予定時間数に対する報酬に2分の1を乗じて得た額とする。
- (2) 自然災害等により、安全を確保するために活動が取り消しになった場合については、全額無料とする。

別表第2（第25条関係）

利用料の助成基準

区分	助成額
ひとり親世帯	
市民税非課税世帯	
生活保護世帯	
多胎児世帯	別表第1に定める利用料基準により算出された利用料の半額
障害者世帯	
産後ケア世帯	
ダブルケア世帯	

様式第1号(第8条関係)

### しまんとファミリーサポートセンター入会申込書

私は、四万十市ファミリーサポートセンター事業実施要綱の規定を遵守するとともに、活動中に生じた事故等に対しては加入保険の範囲を超える請求をしないことを誓約し、しまんとファミリーサポートセンターへの入会を希望します。

入会に当たっては、提供した個人情報が下記の利用目的に沿って管理運用されることに同意します。

1. マッチングに必要な条件の照会、紹介状の作成等のアドバイザー業務
2. ペア会員への提供
3. 通信の発送、イベント等のお知らせ
4. 会員に対する業務上の連絡
5. 緊急かつやむを得ないと認められるとき

**写真貼付**

写真はセンターで撮影します。

会員種別	1 依頼会員	2 援助会員	3 両方会員	会員番号			
ふりがな				住所	〒 -		
氏名							
生年月日	年 月 日 ( 聖 )			(郵送 可・不可) ⇒不可の場合 ( ) へ			
連絡先	自宅電話				職業	性別 男・女	
	FAX					1. 常勤 2. 隨時パート 3. 自営業 4. その他 ( )	
	携帯電話					勤務先名稱	
	mail					勤務先電話 連絡可 ( : ~ : )	
	優先連絡先	自宅・携帯・mail				備考 (就業時期など)	
	電話連絡可能時間	□いつもでも □指定 ( 時 ~ 時 働 )					
同居の家族 (会員本人を除く)	ふりがな 氏名			会員との 続柄	性別	生年月日	連勤 利用月に△
					男・女		
					男・女		
					男・女		
					男・女		
					男・女		
会員以外の 緊急連絡先	ふりがな 氏名			会員との 続柄	電話番号		
備考							

#### ※事務局記入欄

入会日	年 月 日
退会日	年 月 日

センター長	アドバイザー	アドバイザー	受付

本人確認証明書	□運転免許証	□マイナバーカード	□パスポート	□その他 ( )
---------	--------	-----------	--------	----------

#### 特記事項

様式第2号（第8条関係）

### 援助会員登録票

会員区分	援助会員	対応スタッフ																																																										
会員氏名		会員番号																																																										
提供可能な 援助内容	<input type="checkbox"/> 自宅での預かり <input type="checkbox"/> 依頼会員（相手）の家での預かり <input type="checkbox"/> 公共施設での預かり（ぱっぽ・とことこ・児童館・商業施設など） <input type="checkbox"/> 保育所や習い事等の送迎 ⇒車での送迎 <input type="checkbox"/> いつでも可 <input type="checkbox"/> 場合によって可 <input type="checkbox"/> 徒歩のみ <input type="checkbox"/> 外出の同伴 <input type="checkbox"/> あすかり中の食事の提供																																																											
	準備可能な物	<input type="checkbox"/> おもちゃ（DVD含） <input type="checkbox"/> ベビーカー <input type="checkbox"/> チャイルドシート <input type="checkbox"/> その他（　　） <small>※お子さまにアレルギーがある場合は、依頼会員さんが用意した飲食物のみ提供できます。</small>																																																										
	実費立替に ついて	活動中の食事、おやつ、おむつ代などを必要に応じて、立て替えてることは可能ですか？																																																										
		<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可																																																										
資格免許等 (経験年数)	<input type="checkbox"/> 保育士（　年） <input type="checkbox"/> 幼稚園教諭（　年） <input type="checkbox"/> 看護士（　年） <input type="checkbox"/> 保健師（　年） <input type="checkbox"/> 保育ママ・サポート（　年） <input type="checkbox"/> ホームヘルパー（　年） <input type="checkbox"/> その他（　　）																																																											
子育てに関する 経験・実務経 験・特技等	育児経験	<input type="checkbox"/> 有（男の子　人・女の子　人） <input type="checkbox"/> 無																																																										
	外国语での対応	<input type="checkbox"/> 可（言語：　　） <input type="checkbox"/> 不可																																																										
	ボランティア経験	<input type="checkbox"/> 有（　　） <input type="checkbox"/> 無																																																										
	その他																																																											
ペットの有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（室内・室外／具体的に　　）		同居人の中に 喫煙者の有無 <small>※電子タバコ含む</small>																																																									
			有・無 <small>※電子タバコ含む</small>																																																									
住居の状況	<input type="checkbox"/> 一戸建（平屋・階建） <input type="checkbox"/> 集合住宅（　階）エレベーター（有・無） 来客用駐車スペース <input type="checkbox"/> 有（　台分）・ <input type="checkbox"/> 無																																																											
援助 希望	子どもの 年齢	<input type="checkbox"/> 0~1歳 <input type="checkbox"/> 2~5歳 <input type="checkbox"/> 小学生																																																										
	兄弟姉妹 預かり	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可																																																										
	病児・ 病後児	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可																																																										
活動可能な曜日 時間帯	<small>※都合のよい曜日欄に○をつけてください。</small> <table border="1"> <tr> <td>月</td><td>火</td><td>水</td><td>木</td><td>金</td><td>土</td><td>日</td><td>祝</td> </tr> <tr> <td colspan="8">午前</td> </tr> <tr> <td colspan="8">午後</td> </tr> <tr> <td colspan="4">早朝（　：～午前7時まで）</td><td><input type="checkbox"/>可</td><td><input type="checkbox"/>不可</td><td colspan="2"><input type="checkbox"/>場合によっては可</td> </tr> <tr> <td colspan="4">夜間（午後7時～：まで）</td><td><input type="checkbox"/>可</td><td><input type="checkbox"/>不可</td><td colspan="2"><input type="checkbox"/>場合によっては可</td> </tr> <tr> <td colspan="4">宿泊対応</td><td><input type="checkbox"/>可</td><td><input type="checkbox"/>不可</td><td colspan="2"><input type="checkbox"/>場合によっては可</td> </tr> <tr> <td colspan="8">備考</td> </tr> </table>				月	火	水	木	金	土	日	祝	午前								午後								早朝（　：～午前7時まで）				<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 場合によっては可		夜間（午後7時～：まで）				<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 場合によっては可		宿泊対応				<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 場合によっては可		備考							
	月	火	水	木	金	土	日	祝																																																				
	午前																																																											
	午後																																																											
	早朝（　：～午前7時まで）				<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 場合によっては可																																																					
	夜間（午後7時～：まで）				<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 場合によっては可																																																					
	宿泊対応				<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 場合によっては可																																																					
備考																																																												

## 様式第3号（第8条関係）

## 依頼会員登録票

会員区分	依頼会員		対応スタッフ		
会員氏名			会員番号		
確 認 事 項	活動場所	<input type="checkbox"/> 保育施設等への送り（時頃） <input type="checkbox"/> 保育施設等への迎え（時頃） <input type="checkbox"/> 援助会員（相手）の家の預かり <input type="checkbox"/> 依頼会員（自宅）での預かり <input type="checkbox"/> 公共施設での預かり（希望場所：ほっぽ・とことこ・児童館・その他）			
	マッチング（顔合わせ）希望場所	<input type="checkbox"/> 援助会員（相手）の家 <input type="checkbox"/> 依頼会員（自宅）の家 <input type="checkbox"/> 児童館和室 <small>※援助会員宅での預かりの可能性がある場合、援助会員宅でのマッチングをおすすめしています。</small>			
	どの程度の援助時間を希望？	<input type="checkbox"/> 定期的 <small>月・火・水・木・金・土・日・祝 時頃～時頃までのうち 時間程度</small> <input type="checkbox"/> 不定期（ <small>どんな時？：</small> ）			
	活動時に援助会員さんに貸し出せるもの	<input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> おやつ <input type="checkbox"/> 飲み物 <input type="checkbox"/> おもちゃ（DVD含） <input type="checkbox"/> チャイルド・ベビーシート <input type="checkbox"/> ベビーカー <input type="checkbox"/> その他（ <small>※アレルギーがある場合、飲食物は依頼会員さんが用意したもののみ、お子さまに提供できます。</small>			
	実費立替について	<small>活動中の食事、おやつ、おむつ代などを必要に応じて援助会員さんに立て替えてもらうことは可能ですか？</small> <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可			
	援助会員の希望条件	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> こだわらない		
		年齢	<input type="checkbox"/> 20代～30代 <input type="checkbox"/> 30代～40代 <input type="checkbox"/> 40代～50代 <input type="checkbox"/> 50代～60代 <input type="checkbox"/> 60代～ <input type="checkbox"/> こだわらない		
		育児経験	<input type="checkbox"/> 子育て経験者 <input type="checkbox"/> こだわらない		
		資格	<input type="checkbox"/> 保有者（資格： <small>（　　）</small> ） <input type="checkbox"/> こだわらない		
	ペットがいる援助会員	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可（不可の場合： <input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫 <input type="checkbox"/> 鳥 <input type="checkbox"/> その他（ <small>（　　）</small> ））			
病児・病後児の預かりの可能性	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> その他（ <small>（　　）</small> ）				
利用料助成	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 多胎児世帯 <input type="checkbox"/> ダブルケア世帯（具体的な状態・介護の状況 <small>（　　）</small> ）				

様式第4号（第8条関係）

**利用子ども登録票**  
※お子さま1人につき1枚記入をお願いします

**新規・変更**

保護者名			会員番号		
援助を 依頼する お子さんの 名前	ふりがな 氏名 愛称		学校 保育施設	名称: 年組(クラス)・担任 先生	
	ちゃん・くん			名称: かかりつけ医	
生年月日	年 月 日(歳 ケ月)			担当医:	

生活リズムについてお聞かせください。

起床	: 頃	お昼寝	: ~ :	(お昼寝の寝かしつけ方法)	
就寝	: 頃		: ~ :		

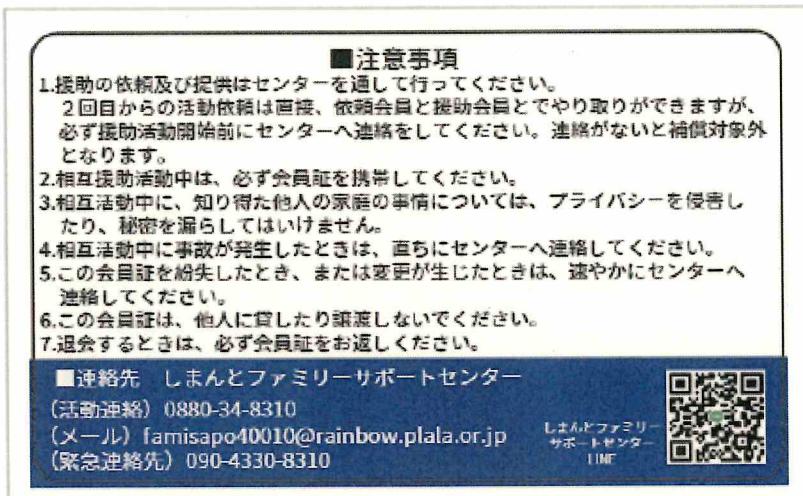
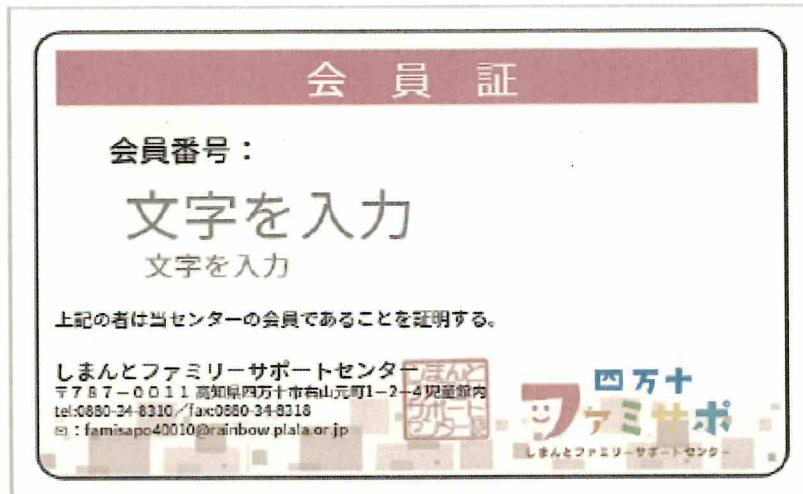
食事	<input type="checkbox"/> 自分で食べる <input type="checkbox"/> 食べさせる					
	<input type="checkbox"/> 普通食	朝: 時頃	<input type="checkbox"/> 離乳食 (回食)	朝: 時頃	<input type="checkbox"/> ミルク (cc/回)	(何時ごろにあげますか?)
	昼: 時頃	夕: 時頃	昼: 時頃	夕: 時頃		
好き嫌いは <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )						

おやつ	: 頃
	: 頃

排泄	おむつ	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	おしっこ	<input type="checkbox"/> 自分で言う、できる <input type="checkbox"/> 補助、取替
			うんち	<input type="checkbox"/> 自分で言う、できる <input type="checkbox"/> 補助、取替
備考				

健康状態・アレルギーなどについてお聞かせください。

アレルギー	食べ物	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )⇒ <input type="checkbox"/> エビパン <input type="checkbox"/> 塗り薬 <input type="checkbox"/> 様子を見る		
	ペット	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )⇒ <input type="checkbox"/> エビパン <input type="checkbox"/> 塗り薬 <input type="checkbox"/> 様子を見る		
健康状態	体温(平熱)	度 分	既往歴 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 口気管支喘息 <input type="checkbox"/> 口麻疹(はしか)	
	熱性けいれん	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(歳 ケ月)	<input type="checkbox"/> 口水ぼうそう <input type="checkbox"/> 口おたふく風邪 <input type="checkbox"/> 口その他( )	
備考				
病気 障がい等	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(病名 )	予防接種		
	服用薬( ) 発作時対応方法( ) 緊急時服用方法( )	<input type="checkbox"/> B型肝炎(回) <input type="checkbox"/> ヒブ(回) <input type="checkbox"/> 四種混合(回) <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌(回) <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 口水ぼうそう(回) <input type="checkbox"/> 日本脳炎 ●麻疹・風疹・第一期・第二期		
※医療機関からの処方以外の服用はできません。				
その他	お子さんの性格	<input type="checkbox"/> 大人しい <input type="checkbox"/> やんちゃ <input type="checkbox"/> 陽気 <input type="checkbox"/> よくしゃべる <input type="checkbox"/> 人見知り <input type="checkbox"/> よく泣く <input type="checkbox"/> その他( )		
	ぐずりいややを 落ちつかせる方 法			
好きな玩具 やキャラク ター・遊び は?				
伝えて おきたいこと				



様式第6号(第8条関係)

## しまんとファミリーサポートセンター会員証紛失届

年　月　日

しまんとファミリーサポートセンター 様

会員番号

氏　名

しまんとファミリーサポートセンター会員証を紛失いたしましたので、下記のとおり  
お届けいたします。

記

紛失年月日	年　月　日
紛失場所	
紛失理由	
備考	

※センター記入欄

受付担当者	
受理日	年　月　日

様式第7号(第6条関係)

会員証再発行申請書

年 月 日

しまんとファミリーサポートセンター 様

会員番号

氏 名

下記のとおり、しまんとファミリーサポートセンター会員証の再発行を申請します。

記

理由	<input type="checkbox"/> 紛失したため <input type="checkbox"/> 葉損、汚れたため <input type="checkbox"/> その他 ( )
備考	

※センター記入欄

受付担当者	
受理日	年 月 日
再発行日	年 月 日

様式第8号(第12条関係)

## しまんとファミリーサポートセンター退会届

年　月　日

しまんとファミリーサポートセンター 様

会員番号

氏　名

私は、下記の理由により、しまんとファミリーサポートセンターからの退会を希望します。

なお、退会後も活動中に知り得た情報を第三者に漏洩、提供しないことを約束いたします。

記

退会理由	<input type="checkbox"/> 市外転出のため
	<input type="checkbox"/> 対象児童が小学校を卒業したため
	<input type="checkbox"/> 援助の必要がなくなったため
	<input type="checkbox"/> 援助ができなくなったため
	<input type="checkbox"/> その他 ( )

### ※事務局記入欄

受理方法	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール等
受理日	年　月　日
本人返却物	<input type="checkbox"/> 会員証 <input type="checkbox"/> 紹介状 <input type="checkbox"/> 子ども情報 <input type="checkbox"/> 代理受診委任状
ペア会員からの返却物	<input type="checkbox"/> (会員氏名： )
	<input type="checkbox"/> (会員氏名： )
	<input type="checkbox"/> (会員氏名： )
廃棄チェック (即時)	<input type="checkbox"/> 会員管理 (PC) <input type="checkbox"/> 住所録 (PC)
廃棄チェック (1年保存)	<input type="checkbox"/> 会員証 <input type="checkbox"/> 依頼会員用紹介状 <input type="checkbox"/> 援助会員用紹介状 <input type="checkbox"/> 子ども情報 <input type="checkbox"/> 書類一式 <input type="checkbox"/> 診断結果報告書

様式第9号（第12条関係）

年 月 日  
様

しまんとファミリーサポートセンター長

登録抹消通知書

下記のとおり、会員の登録を抹消したので、四万十市ファミリーサポートセンター事業実施要綱第12条の規定により通知します。

記

会員番号		会員種別	
抹消年月日	年	月	日
抹消理由			

## 診断結果報告書

年 月 日

子どもの受診結果は以下のとおりでしたので報告します。

## 《会員記載欄》

(作成者) 会員番号:

氏名:

子どもの氏名		性 別	男 • 女
生年月日	年 月 日	(満 歳)	
住 所			
子どもの既往歴			
医療機関		TEL	
医 師 名			
処方箋薬局名		TEL	

## 【受診の結果】

病名・症状 (番号に○)	1 上気道炎	2 気管支炎			
	3 哮息・喘息様気管支炎	4 胃腸炎			
	5 自家中毒症	6 中耳炎・外耳炎			
	7 結膜炎	8 瞼瞼痙攣(とびひ)			
	9 突発性発疹	10 手足口病			
	11 流行性耳下腺炎	12 水痘			
	13 百日咳	14 インフルエンザ			
	15 その他( )				
	(病名不明の時)				
	1 発熱	2 下痢			
	3 嘔吐	4 喘鳴			
	5 発疹	6 その他( )			
	診察時の処置	1 診察のみ	2 投薬	3 注射	4 その他( )
	医師の指示				
	安静度	1 寝かせておくこと	2 室内で安静にしていればよい		
投薬の指示	1 処方の有無	( 有 • 無 )			
	2 与薬方法	食前	• 食間	• 食後	
	3 投薬品名	( )			
食事制限	1 炭水化物中心	2 制限なし			

## 【医師の所見】

援助活動の 利用について	ファミリーサポートセンターの病児・病後児預かりのサポートの利用			
	1 可			
	2 条件付き・( )日後から可能・( )が( )となれば可能			
	3 不可			
医師サイン				

## 代理受診委任状

御中

援助会員番号	
住所	
電話	
氏名	

私は、上記の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。

記

私の子ども ( 年 月 日生)について、

1. 受診の付き添い及び診断結果を聞くこと。
2. 投薬及び必要な処置について、投薬依頼書がなくても医師の指示に従うこと。
3. 記載日から 年3月31日まで有効。

年 月 日

しまんとファミリーサポートセンター

依頼会員番号 No. \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

印

連絡先(携帯) \_\_\_\_\_

### «上記の子どもの受給資格»

乳幼児医療費 受給資格証番号	公費負担番号								
	受給者番号								
健康保険証番号									

※本状は、依頼会員があらかじめ30分以内にお迎えに行くことができないとわかっているときに、母子手帳原本または、母子手帳の出生児の情報ページのコピーと、おくすり手帳と一緒に援助会員に渡してください。

### 病児連絡票 兼 投薬依頼書

- ・しまんとファミリーサポートセンターの利用にあたり、子どもの様子は以下のとおりです。
- ・代理受診の際、処置や投薬が必要な場合は医師の指示に従います。
- ・受診の結果や病状の変化など、援助の継続が困難と判断される場合は速やかに帰宅又はお迎えを約束いたします。

年 月 日	会員番号 :		依頼会員名 : _____ 印		
(子のふりがな)		性 別	生年月日	血液型	体重
子どもの名前	( 歳)	男・女	年 月 日		kg
緊急連絡先①	氏名	続柄	連絡先	電話	
緊急連絡先②	氏名	続柄	連絡先	電話	
依頼の内容	• 預かり ( 時 ~ 時まで )    • 代理受診 ( 初診 )    • 代理受診 ( 再診 )				
	• 投薬				

**【初診の状況】** ※初診済みの場合に記載

初診の結果	受診月日	月 日	
	診断・病名		
	指 示	• 自宅で安静    • その他 ( )	
	処方箋薬局	• お薬手帳 ( 有    無 )	
	援助の利用	• 可能	• 条件付きで可能 ( )

**【診察への希望】** ※初診・再診を依頼する場合に記載

受診を依頼する 病院	電話番号 :		
処方箋薬局			
薬の希望	• 必要 ( • 脫剤    • 水薬    • 粉    • 座薬 )    • 不要		
その他			

**【預かりまでの様子】**

	前日の様子		今日の様子	
	時 分	度	時 分	度
体 温				
食 事	食欲 ( あり    なし )		食欲 ( あり    なし )	
	時間 ( 時 分 ) 内容 ( )		時間 ( 時 分 ) 内容 ( )	
排泄(便)	• なし    • 普通    • 軟    • 下痢 ( 回 )		• なし    • 普通    • 軟    • 下痢 ( 回 )	
	時刻 ( : ) 個		時刻 ( : ) 個	
排尿(尿)	• 多い    • 普通    • 少ない	[ 回 ]	• 多い    • 普通    • 少ない	[ 回 ]
発 熱	• あり (いつから? :		度)	• なし

(裏面)

様式第12号(第19条関係)

機 嘘	・良い ・普通 ・悪い (いつから?)				
睡 眠	時 分 ~ 時 分				
	・よく眠れている ・あまり眠れていない (理由)				
咳	咳の様子	・乾いた咳	・痰がらみ	・いつから?	)
	ゼーゼー音	・あり	・なし		
	ぜんそくの 吸入	・時間: ① 時 分頃 ② 時 分頃			
鼻 水	・水様	・混濁	・黄色	・鼻づまり	・痛みがある
	いつ頃から? ( )				
嘔 吐	いつ頃から? ( ) 回数 ( 回)				
	その時の様子 ( )				
周辺状況	通学、通園先や家族などの流行				
注意事項	・あり ( ) ・なし				
※アレルギー、その他の症状など					

【薬の使用状況】

内眼薬	最後の眼薬時間:	時 分
外用薬	・塗布箇所:	・塗布時間: 時 分
座 薬	・解熱剤	・吐き気止め
	・その他 ( )	
	・最後に使った時間: 月 日 時 分	
・次に使える時間: 月 日 時頃		
その他	※市販薬の利用状況等	

【投薬依頼】次のとおり薬を服用させてください。※市販の薬は服用させることはできません。

時 間	食前	・ 食中	・ 食後	指定時間:	時
用 量	1袋	点眼 (右・左)	滴	点耳 (右・左)	滴
飲ませ方					
保存方法	常温	・ 冷蔵庫	・ その他 ( )		
座 薬	使用する要件 ( 度以上、咳・吐き気が酷い時)				

【注意事項】

- この情報は援助会員の預かりや代理受診の際、医師に状況を伝える重要な情報となります。なるべく詳細に記載してください。
- 代理受診を依頼する場合は、受診委任状が必要です。また、お薬手帳があれば援助会員と一緒に預けて下さい。
- 援助活動中は連絡が取れることが利用の条件となります。
- 預かりの間に症状が悪化した場合、診察の結果により援助ができないと判断される場合は、緊急連絡先に連絡いたします。

様式第13号(第23条関係)

援助依頼受付簿

受付番号	受付年月日	依頼会員			援助希望年月日・曜日・期間・時間等	内 容	援助会員	
		会員番号	氏 名	子どもの名前			会員番号	氏 名
.	.							
.	.							
.	.							
.	.							
.	.							
.	.							
.	.							
.	.							
.	.							
.	.							
.	.							
.	.							
.	.							
.	.							
.	.							
.	.							
.	.							

年 月 日

様

しまんとファミリーサポートセンター  
Tel:0880-34-8310  
Fax:0880-34-8318

## 紹介状

下記の会員さんをご紹介させていただきます。  
 援助活動の内容については、双方の合意が必要です。  
 事前打ち合わせは、お互いに安心・安全に気持ちよく援助活動を行っていただくために、十分に行ってください。  
 また、この紹介状には個人情報が記載されています。  
 ペアの解消やどちらかが退会となった場合及び何らかの都合で事前打ち合わせができなかつた場合は、センターに返却していただきますので、大切に保管して下さい。

## 記

	依頼会員	援助会員
会員番号		
会員氏名		
住 所		
電話番号		
携帯番号		
メールアドレス		
緊急避難場所	第1: 第2:	第1: 第2:
救護所		

ふりがな 子どもの名前		性別		子どもの 生年月日		年齢	
ふりがな 子どもの名前		性別		子どもの 生年月日		年齢	
ふりがな 子どもの名前		性別		子どもの 生年月日		年齢	
希望する援助	内容						
	場所						
	その他						

様式第15号（第23条関係）

## 送迎委任状

御中

援助会員番号	
住所	
電話	
氏名	

私は、上記の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。

記

すること。

※委任する内容を詳細に記入

年      月      日

しまんとファミリーサポートセンター

依頼会員番号 No. \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

(印)

連絡先(携帯) \_\_\_\_\_

※本状は、保育施設等に子どもの送迎を委任する可能性がある場合、事前に依頼会員が保育施設に提出するものです。

実際の援助活動日が決まったら、保育施設に「●月●日の送迎は、ファミリーサポートを使います」とお伝えください。

## 【日報】活動報告書

3枚複写

裏面印

受付者印

1、援助活動日 年 月 日 ( )

## 2、内容

お子さまの名前	性別	年齢	援助内容	実際の活動時間
	男・女	歳	送迎・預かり(場所: )	: ~ :
	男・女	歳	送迎・預かり(場所: )	: ~ :
	男・女	歳	送迎・預かり(場所: )	: ~ :

## 3、連絡事項

食事	<input type="checkbox"/> 無	水 分	<input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 有 ( : 填 内容: ) ⇒ 完食・残した ( : 填 内容: ) ⇒ 完食・残した		<input type="checkbox"/> 有 回(お茶・その他( ))
備考		睡眠	<input type="checkbox"/> 無
おやつ	<input type="checkbox"/> 無	排泄	<input type="checkbox"/> 有 ( : ~ : ) / ( : ~ : )
	<input type="checkbox"/> 有 ( : 填 内容: ) ( : 填 内容: )		補助 <input type="checkbox"/> おむつ替え 回(便 回) <input type="checkbox"/> うんち 回(普通便・その他( )) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> おしつこ 回

## 4、報告事項

本日の活動	お子さまの様子
	に こ り は っ と
	ひ や り は っ と

## 5、利用料内訳

おあずかり	平日7時~12時	①600円×( )時間=円	利用助成	※利用助成額(利用料の半額)は、 後日センターから援助会員に支払われます。
	平日上記時間以外 土日祝7時~19時	②700円×( )時間=円		利用助成額 円
	土日祝上記時間以外	③800円×( )時間=円	備考	
	兄弟姉妹	(①+②+③)円÷2=円	キャンセル	※当日キャンセルの場合、 予定利用料の半額、無断の場合全額です。
	兄弟姉妹	(①+②+③)円÷2=円		キャンセル料 円
送迎			合計	
実費	( )円 代として	( )円 代として		円

上記の通り確認しました。

年 月 日

(依頼会員) 会員番号

氏名

㊞

㊞名押捺印

(援助会員) 会員番号

氏名

㊞

㊞名押捺印

## 【日報】病児・病後児 活動報告書

1、援助活動日 年 月 日 ( )

3枚複写

受付印

受付者印
------

## 2、内容

お子さまの名前	性別	年齢	援助内容	実際の活動時間
	男・女	歳	送迎・病児病後児あずかり(場所: )	: ~ :

## 3、詳細

時間	体温	お子さまの行動・様子	排泄	経口摂取	服薬・処置
～			尿・便	食事・水分・おやつ	
			備考(尿・便の様子など)	備考(内容・量など)	備考
～			尿・便	食事・水分・おやつ	
			備考(尿・便の様子など)	備考(内容・量など)	備考
～			尿・便	食事・水分・おやつ	
			備考(尿・便の様子など)	備考(内容・量など)	備考
～			尿・便	食事・水分・おやつ	
			備考(尿・便の様子など)	備考(内容・量など)	備考
～			尿・便	食事・水分・おやつ	
			備考(尿・便の様子など)	備考(内容・量など)	備考
～			尿・便	食事・水分・おやつ	
			備考(尿・便の様子など)	備考(内容・量など)	備考
～			尿・便	食事・水分・おやつ	
			備考(尿・便の様子など)	備考(内容・量など)	備考
～			尿・便	食事・水分・おやつ	
			備考(尿・便の様子など)	備考(内容・量など)	備考

授業は、決まった時間に行いましょう。お子さまの様子で、適宜検温してください。

また、次の場合は、速やかに依頼会員に連絡を取り、お迎えにきてもらってください。

・お熱が38.5度以上になった・喉がひどく苦しそう・水分や食事がとれず嘔吐がある・連絡票にない水様便が出だした

## 5、利用料内訳

おあずかり	平日7時~19時	700円×( )時間= 円	利用助成 キャンセル	※利用助成額(利用料の半額)は、 毎日センターから援助会員に支払われます。
	平日土曜時間以外 土日祝7時~19時	800円×( )時間= 円		利用助成額 円
	土日祝上記時間以外	900円×( )時間= 円		※毎日キャンセルの場合、 予定利用料の半額、無断の場合全額です。
				キャンセル料 円
送迎				
実費	( ) 円	代として	合計 円	
	( ) 円	代として		
上記の通り確認しました。				年 月 日
(依頼会員) 会員番号	氏名			㊞ 依頼会員の名前 ㊞ 依頼会員の名前
(援助会員) 会員番号	氏名			

## 【月報】活動報告書（センター提出用）

受付印

援助会員番号		援助会員氏名	
--------	--	--------	--

単位(円)

月/日	曜日	依頼会員名	子どもの名前	援助内容	実際の援助時間	①1時間の 料金	②援助時間	③×②	利用助成 (③+④)×1/2	送迎	実費 内容	キャ セル料	備考	合計金額
						時間	時間	時間			時間			
/				送迎・（通常）預かり・（病児）預かり	: ~ : : : : :	時間	時間	時間			時間	時間	時間	
/				送迎・（通常）預かり・（病児）預かり	: ~ : : : : :	時間	時間	時間			時間	時間	時間	
/				送迎・（通常）預かり・（病児）預かり	: ~ : : : : :	時間	時間	時間			時間	時間	時間	
/				送迎・（通常）預かり・（病児）預かり	: ~ : : : : :	時間	時間	時間			時間	時間	時間	
/				送迎・（通常）預かり・（病児）預かり	: ~ : : : : :	時間	時間	時間			時間	時間	時間	
/				送迎・（通常）預かり・（病児）預かり	: ~ : : : : :	時間	時間	時間			時間	時間	時間	
/				送迎・（通常）預かり・（病児）預かり	: ~ : : : : :	時間	時間	時間			時間	時間	時間	
/				送迎・（通常）預かり・（病児）預かり	: ~ : : : : :	時間	時間	時間			時間	時間	時間	
/				送迎・（通常）預かり・（病児）預かり	: ~ : : : : :	時間	時間	時間			時間	時間	時間	
/				送迎・（通常）預かり・（病児）預かり	: ~ : : : : :	時間	時間	時間			時間	時間	時間	
				送迎・（通常）預かり・（病空）預かり	: ~ : : : : :	時間	時間	時間			時間	時間	時間	
											合計			

月計

様式第19号(第23条関係)

### 事故等報告書

年 月 日／第1報	年 月 日／第2報	年 月 日／第3報	年 月 日／第4報
-----------	-----------	-----------	-----------

しまんとファミリーサポートセンター 様

会員番号

援助会員氏名

下記のとおり、事故等が発生しましたので、発生状況等についてご報告します。

記

事故発生日時					
依頼会員番号		氏名			
子どもの氏名		性別	生年月日		年齢
依頼内容					
病状・死因等 (既往歴)	既往症:		病院名		
発生場所					
発見時の子どもの状況					
発生状況  (当日の健康状態、発生後の処置を含め、可能な限り詳細に記入。なお、第1報においては、可能な範囲で記入)	時間	内容			
当該事故に特徴的な事項					
発生後の対応					

\*1 第1報は水色着色部分について報告してください。

\*2 第1報は原則事故発生当日(遅くとも事故発生翌日)、第2報は原則1か月以内程度に行うとともに、状況の変化や必要に応じて追加報告してください。また、事故発生の要因分析や検証等の結果については、でき次第報告してください。

\*3 発生状況欄は適宜広げて記載してください。

\*4 発生時の状況図(写真等を含む。)を添付してください。なお、道具等の器具により発生した場合には、当該器具のメーカー名、製品名、型式、構造等についても記載してください。

様式第 20 号（第 25 条関係）

## 利用料助成申請書

四万十市長 様

四万十市ファミリーサポートセンター事業利用料助成を受けたいので、次のとおり申請します。

依頼会員 氏名			会員番号	
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 (全員)				
備考	<input type="checkbox"/> ひとり親世帯		<input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯	
	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯		<input type="checkbox"/> 多胎児世帯	
	<input type="checkbox"/> 障害者世帯		<input type="checkbox"/> 産後ケア世帯	
	<input type="checkbox"/> ダブルケア世帯 ※別途様式第 21 号ダブルケア申告書必要			

### 同意書

四万十市ファミリーサポートセンター事業実施要綱第 25 条に規定する対象世帯であることについて、四万十市が保有する公簿等により四万十市長が確認することを世帯全員が同意します。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。

年 月 日

申請者氏名

㊞

※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。  
※1月1日現在において四万十市に住民登録をしていない方は、前住所地での「市町村民税課税証明書」を添付してください。

### センター記載欄

審査年月日	審査結果	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

## 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・食事援助・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 ※要介護保険 被保険者証コピー	<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・看護等を同時にや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。

年 月 日

申告者住所

氏名

㊞

様式第 22 号（第 25 条関係）

年 月 日

様

四万十市長

印

利用料助成決定通知書

年 月 日付けで申請のあった利用料助成については、四万十市ファ  
ミリーサポートセンター事業実施要綱第 25 条の規定に基づき、下記のとおり決  
定したので通知します。

記

会員番号		助成決定年月日	
助成開始月			
助成決定の内容			

※助成の該当にならなくなった場合は、速やかにセンターへ申告してください。

様式第 23 号（第 25 条関係）

様

年 月 日

四万十市長

印

利用料助成却下通知書

年 月 日付けで申請のあった利用料助成については、四万十市ファ  
ミリーサポートセンター事業実施要綱第 25 条の規定に基づき、下記の理由に  
より却下することに決定したので通知します。

記

却下理由	
------	--

様式第24号（第25条関係）

### 利用料助成内容変更申告書

四万十市長 様

四万十市ファミリーサポートセンター事業実施要綱第25条第5項の規定により、次のとおり申告します。

依頼会員 氏名		会員番号	
助成決定 年月日	年 月 日	変更日	年 月 日
変更前の 内 容			
変更後の 内 容			
変更の理由			
備考			
<p style="text-align: center;">同意書</p> <p>上記の変更に関する事項について、四万十市が保有する公簿等により四万十市長が確認することを世帯全員が同意します。</p>			
年 月 日	申請者氏名	㊞	
※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。			

※センター記載欄

審査年月日	審査結果	備考
年 月 日	決定・却下	

様式第25号(第26条関係)

お試し利用申請書

年 月 日

しまんとファミリーサポートセンター 様

会員番号

氏 名

四万十市ファミリーサポートセンター事業実施要綱第26条の規定により、下記のとおり申請します。

記

利 用 す る 子 ど も の 氏 名			
利 用 す る 子 ど も の 性 別・年 齢	男	・	女
利 用 希 望 日 時	年	月	日 時 分 ~ 時 分
預 か り の 場 所			
備 考			

※センター記載欄

受付年月日	審査結果	対応する援助会員
年 月 日	決定	・ 却下