

子ども預かり・送迎支援事業 利用登録申込書

新規	更新
----	----

利用申込者（保護者）のお名前、住所、連絡先および利用対象児童名等を記入ください。

利用 者 （ 保 護 者 ）	フリガナ	住所（住民登録の住所）	自宅電話番号（ ）
	生年月日 年 月 日	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 足立区	ファックス番号（ ）
			メールアドレス(任意)
児 童 名	フリガナ	フリガナ	フリガナ
	生年月日 年 月 日 (続柄 )	生年月日 年 月 日 (続柄 )	生年月日 年 月 日 (続柄 )

※児童名は利用予定のお子さんのみ記入ください。

依頼内容（次の区分に○をして必要事項を記入してください）複数選択可

区分	預かり場所・送迎の区間・外出先	ご注意
一時的な預かり	利用者宅 子育てサポーター宅	お預かりする場所は、利用者宅またはサポーター宅です。サロンや公共施設などのお預かりは対象になりません。
送 迎	利用者宅⇔( )・( )⇔( )	利用者宅から保育施設などへの送迎が対象となります。区外への送迎などできない場合がありますのでご利用案内をご覧ください。
外出補助		外出補助支援の目的地を記入

家庭状況（一緒に住んでいるご家族の状況）・緊急時の連絡先について記入ください。

お名前	続柄	年齢	勤務先（就学・就園先）名	緊急連絡先（携帯番号など）	連絡 順位
(男・女)	世帯主	歳		連絡先番号 ( )	
(男・女)		歳		連絡先番号 ( )	
(男・女)		歳		連絡先番号 ( )	
(男・女)		歳		連絡先番号 ( )	

※就学・就園先電話番号は緊急連絡先になりませんので、記入不要です。

同居の方のほかに緊急時に連絡できる親族等の連絡先を記入してください。

お名前	続柄	年齢	連絡先の住所と番号	連絡 順位
(男・女)		歳	住所 連絡先電話番号 ( )	
(男・女)		歳	住所 連絡先電話番号 ( )	

※病気やケガをしたときの連絡先です。お名前を書かれた方に緊急連絡先としていることを予めお伝えください。

提出先事業者への勤務・所属の有無  無  有 (利用申込者本人又は親族が提出先事業者勤務又は所属している場合は登録できません。)

(更新登録の方のみ) 更新前1年間の利用の有無を申告してください。

更新前1年間の利用の有無  有  無 (無の場合、その理由: )

提出先 (事業者名) \* \* \* \* \*

足立区が上記事業者に委託して実施している子ども預かり・送迎支援事業について、利用案内の内容を確認しましたので、足立区に住所を有することを証する書類を提示し、利用登録を申し込みます。足立区（こども家庭支援課）が利用登録資格の確認のため、利用者及び支援利用対象児童の氏名、住所、生年月日、続柄について、足立区住民基本台帳において確認することを承諾します。支援利用の依頼の際、事業者が利用者及び支援利用対象児童の氏名・連絡先等についてサポーターに知らせることに同意します。また、支援利用状況確認のために区または事業者が実施する訪問等を受けることを承諾します。

利用登録申込日 年 月 日

利用登録者氏名(署名)

<b>【受付時確認事項】</b> <input type="checkbox"/> 利用案内の説明：説明者 ( ) <input type="checkbox"/> 利用者住所要件確認資料：免許証・住民票・( ) <input type="checkbox"/> 児童住所年齢要件確認資料：医療証・( )	<b>【事業者事務処理欄】</b> <input type="checkbox"/> コーディネート予定日( ) <input type="checkbox"/> コーディネート担当者( ) <input type="checkbox"/> 更新登録ー登録番号( )
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

..... 住所変更または利用対象児童追加時の家庭訪問の際に記入 .....

利用登録変更申込日 年 月 日

利用登録者氏名(署名)

住所変更 利用対象児童の追加 の登録を申し込みます。

<b>【受付時確認事項】</b> <input type="checkbox"/> 利用者住所要件確認資料：免許証・住民票・( ) <input type="checkbox"/> 児童住所年齢要件確認資料：医療証・( )	<b>【事業者事務処理欄】</b> <input type="checkbox"/> コーディネート予定日( ) <input type="checkbox"/> コーディネート担当者( )
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------