別紙様式１

受付番号

ファミリー・サポート補助事業利用申請書

　　年　　月　　日

ダイバーシティ推進室長　殿

下記のとおり申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者氏名 |  | 連絡先（内線） |  |
| 所　　属 |  | 職　　名 |  |
| ファミサポ利用理由 | 申請理由 | ※本学の業務上の都合により当該事業を利用する旨を具体的に記載ください。 |
| 利用対象の子の氏名及び生年月日 | 1.　　　　　　　　　　（生年月日　　　　　　　　）2.　　　　　　　　　　（生年月日　　　　　　　　）3.　　　　　　　　　　（生年月日　　　　　　　　） |
| ファミサポ利用計画・緊急ファミサポ利用状況（該当する方に○） | ファミサポの市区町村名 |  |
| 利用（予定）日時 | 年 月 日( ) 時 分から 時 分まで年 月 日( ) 時 分から 時 分まで年 月 日( ) 時 分から 時 分まで |
| 育児援助の種類 | １．保育施設等の保育開始前や、終了後の子どもの預かり２．保育施設等までの送迎３．保育施設等が休みの時の子どもの預かり４．病児・病後児の預かり |

※この申請書に記載された事項は、申請の審査以外の目的には使用しません。

※緊急ファミサポ利用時は、依頼活動用の援助活動報告書の写し（利用料金が確認できるもの）、

　緊急ファミサポの会員登録を行ったことが確認できる書類の写しを添付してください。