

## 白井市子育て世帯訪問支援事業派遣依頼書

年 月 日

事業者代表者 様

白井市長

次のとおり、下記の家庭に対し支援を決定しましたので訪問支援員の派遣を依頼します。

利用者氏名(保護者)		利用者番号	
住所		連絡先	

利用を希望する理由	
-----------	--

支援内容	<p><b>【家事支援】</b>  <input type="checkbox"/>食事の準備・片付け      <input type="checkbox"/>食材・生活必需品等の買い物  <input type="checkbox"/>居室等の掃除・整理整頓   <input type="checkbox"/>衣類の洗濯   <input type="checkbox"/>その他( )</p> <p><b>【育児支援】</b>  <input type="checkbox"/>子どもの世話( )      <input type="checkbox"/>保育所等への送迎  <input type="checkbox"/>その他( )</p> <p><b>【その他の支援】</b>  <input type="checkbox"/>母子保健制度・子育て支援制度等の情報提供   <input type="checkbox"/>その他( )</p>
------	--

希望する利用日時	派遣期日	年 月 日 ~ 年 月 日
	回数及び時間	週間に 回、 回当たり 時間
	希望曜日	月 火 水 木 金
	時間帯	午前・午後 ~ 午前・午後

家族の状況	氏名	性別	生年月日	続柄	職業・学校	心身の状況
		男・女	年 月 日			
		男・女	年 月 日			
		男・女	年 月 日			
		男・女	年 月 日			
		男・女	年 月 日			

緊急連絡先	フリガナ		連絡先 電話
	氏名		自宅・携帯( ) - 勤務先( ) -
	住所		
	利用者からみた続柄		

白井市子育て世帯訪問支援事業活動連絡票

年 月 日

(宛先) 白井市長

事業者名 \_\_\_\_\_

担当者氏名 \_\_\_\_\_

T E L \_\_\_\_\_

次のとおり、 年 月分の派遣日程について連絡します。

利用者氏名			利用者番号	
月 日	: ~ :	月 日	: ~ :	
月 日	: ~ :	月 日	: ~ :	
月 日	: ~ :	月 日	: ~ :	
月 日	: ~ :	月 日	: ~ :	
月 日	: ~ :	月 日	: ~ :	
月 日	: ~ :	月 日	: ~ :	
月 日	: ~ :	月 日	: ~ :	
月 日	: ~ :	月 日	: ~ :	
月 日	: ~ :	月 日	: ~ :	
月 日	: ~ :	月 日	: ~ :	
備考				

※利用開始日の概ね1週間前までに子育て支援課へ提出してください。

白井市子育て世帯訪問支援事業実施確認書兼活動報告書

年 月 日

利用者氏名	住 所		白井市
	利用者番号		
支援内容	家事支援	<input type="checkbox"/> ①食事の準備・片付け <input type="checkbox"/> ②食材・生活必需品等の買い物 <input type="checkbox"/> ③居室等の掃除・整理整頓 <input type="checkbox"/> ④衣類の洗濯 <input type="checkbox"/> ⑤その他 ( )	
	育児支援	<input type="checkbox"/> ⑥子どもの世話 ( ) <input type="checkbox"/> ⑦保育所等への送迎 <input type="checkbox"/> ⑧その他 ( )	
	その他の支援	<input type="checkbox"/> ⑨母子保健制度・子育て支援制度等の情報提供 <input type="checkbox"/> ⑩その他 ( )	
事業所名		事業者 連絡先	

利用日	利用内容 (支援内容の番号①～⑩までを記入)	利用時間			支援員	利用者 確認欄
		開始時刻	終了時刻	時間数		
合計		日		時間		

特記事項

--

白井市子育て世帯訪問支援事業委託料請求書

年 月 日

(宛先) 白井市長

所在地 \_\_\_\_\_

事業者名 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_ 印

年 月の子育て世帯訪問支援事業に係る委託料について、下記のとおり請求  
 します。

記

請求金額	金 円	
内訳	支援費	3,000円 × _____ 時間 = _____ 円
	交通費等	1,860円 × _____ 件 = _____ 円
	事務費及び 管理費	47,000円 × _____ か月 = _____ 円
	キャンセル料	3,000円 × _____ 日 = _____ 円
		4,860円 × _____ 日 = _____ 円
振込口座	金融機関名	_____
	支店名	_____
	預金種別	_____
	口座番号	_____
	名義人氏名 (カナ)	_____

※支援実施日の翌月 10 日までに添付書類(別紙③「白井市子育て世帯訪問支援事業  
 実施確認書兼活動報告書」)と共に白井市子育て支援課へ提出してください。