

『ろうふくきょう・子育てネット』
**労福協・子育て支援ネットワーク入会申込書兼
 ファミリーサポートセンター利用料金補助制度申込書
 (共働き世帯用)**

申込日 年 月 日

(一社)石川県労働者福祉協議会 理事長 様

私は、貴協議会の「労福協・子育て支援ネットワーク」への入会および「ファミリーサポートセンター利用料金補助制度(病後児預り)」を利用いたしたく申し込みます。尚、私が登録しているファミリーサポートセンターの必要な情報を貴協議会が得ることを了承します。

フリガナ				男・女	生年月日	西暦 年 月 日生 (満 歳)
申込者氏名	印					
住所	〒 —			()ファミリーサポートセンター		
				会員番号		
連絡先	自宅電話 () — 携帯電話 — — メールアドレス 携帯・パソコン			勤務先	会社等名	
					住所	
配偶者氏名	フリガナ			勤務先	会社等名	
					住所	
子どもの氏名		生年月日		性別	保育園等名・学校名・学年	
フリガナ		西暦 年 月 日生		男・女		
フリガナ		西暦 年 月 日生		男・女		
フリガナ		西暦 年 月 日生		男・女		
フリガナ		西暦 年 月 日生		男・女		
フリガナ		西暦 年 月 日生		男・女		

<<補助金振込口座>> ※口座は申込者本人または配偶者名義のものをご登録ください。

北陸労働金庫	名義人	フリガナ	普通預金・口座番号			
本店 支店	人					
振込通知方法(どちらかを選択)		1.メール(連絡先メールアドレス)		2.郵送(申込者住所)		

<ろうふくきょう・子育て支援担当記入欄>

申込書受付日	年 月 日		会員番号付与	—	
申込書内容確認	責任者	担当者	会員への通知日	年 月 日	
	月 日	月 日		補助開始日	年 月 日
添付書類	□情報提供同意書		備考		

※ご記入頂いた個人情報は、当協議会の業務のみに利用します。