

『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 殿

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。

太枠内はすべてご記入ください。

フリガナ				生 年 月 日	西暦	年	月	日生  (満 歳)
申込者 氏 名								
住 所	〒 -			( )ファミリーサポートセンター				
				会員番号				
連絡先	携帯電話 - -			勤務先	会社等名			
	メールアドレス				住 所			
					電話番号 ( ) -			
配偶者 氏 名	フリガナ			勤務先	会社等名			
					住 所			
					電話番号 ( ) -			
子どもの氏名			生 年 月 日			保育園等名・学校名		
フリガナ			西暦 年 月 日生					
フリガナ			西暦 年 月 日生					
フリガナ			西暦 年 月 日生					
フリガナ			西暦 年 月 日生					
フリガナ			西暦 年 月 日生					

<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	<input type="checkbox"/> 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。