

事前打合せ内容記録票（預かり用）

年 月 日

※依頼会員が記入し、とよたファミリー・サポート・センターに必ず提出してください。

依頼 会員	会員番号	氏名		電話番号	
こどもの情報 (1人目)	氏 名		性別	生年月日・保育施設	
			男・女	西暦・平成・令和 年 月 日 (小学校・こども園・幼稚園)	
	排泄	オムツ（有 ・ 無 ）		自分で言う	時間を決めて誘う
	アレルギー 有・無（ ） ペットアレルギー（ ） 気をつけてほしいこと				
こどもの情報 (2人目)	氏 名		性別	生年月日・保育施設	
			男・女	西暦・平成・令和 年 月 日 (小学校・こども園・幼稚園)	
	排泄	オムツ（有 ・ 無 ）		自分で言う	時間を決めて誘う
	アレルギー 有・無（ ） ペットアレルギー（ ） 気をつけてほしいこと				

※使用したオムツは依頼会員が持ち帰ってください。

＜援助活動について＞

援理由	・リフレッシュ ・仕事 ・通院 ・兄弟の行事 ・その他（ ）
活動予定日	開始： 年 月 日（ ）曜日 ・ 未定 ・ 必要時（不定期） 終了： 年 月 日（ ）曜日 ・ 未定 ・ 年度末まで（最長）
預かり場所	① 協力宅（依頼会員が送迎） ② 協力会員宅（協力会員が送迎） ③ 依頼会員宅（大人が在宅時のみ） ④ 公共施設（支援センター、交流館など） _____ ※②～④は協会の会員の自宅を出てから戻るまでが援助活動時間になります。
活動時間	<依頼会員が送迎> 預かった時間 ～ お迎えに来る時間 <u> 時間 分 </u> <②～④の場合> 協力会員宅出発（ : ） → 公共施設・依頼会員宅での預かり → 協力宅到着 （ : ） <u> 時間 分 </u> （1 時間未満は 1 時間、それ以降は 30 分単位） ※援助活動報告書は実際にかかった時間で計算する

補助シート (車での送迎時)	チャイルドシート・ジュニアシート 要 ・ 不要 必要な場合の準備：		
連絡方法の確認	電話 ・ メール ・ LINE ・ その他 ()		
報酬概算	活動時間×報酬基準額 (同時時間の活動の場合は2人目半額)		駐車場代 ・ その他 _____ 円
	1人目	H× 円	
	2人目	H× 円	
	合計	円	
その他実費			
取消料	円 (前日まで無料、当日は半額、無断は全額) 取消時の報酬の受け渡し方法：		
支払い方法	都度 ・ 1週ごと ・ 1ヶ月まとめて ※報酬は必ず活動の月内に支払い、援助活動報告書にサインしてください。		

※協力会員は、上記の内容を確認してから下記にサインしてください。

協力 会員	会員番号	氏名	電話番号

<注意事項>

- ① 上記の内容以外は保険の補償対象外になります。
- ② お子さんの年齢などによっては2人同時に預けることができない場合があります。
- ③ 保育施設(園や学校、学童など)には事前に依頼会員から必ず伝えてください。
- ④ 警報発令の場合、活動は中止です。
- ⑤ 次年度以降も同じ協力会員にお願いしたい場合は、今年度中にファミサポに連絡してください。