

事前打合せ内容記録票（預かり用）

2024年 4月 2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
	9007	中部 愛子		
こども の情報 (1人目)	氏 名		性別	生年月日・保育施設
	中部 楓		男・女	西暦・平成・令和 2023 年 6 月 20 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 つかまり立ちでよくうしろに倒れる			
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 助 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) あいあい (10:00~13:00) ※②、③は協力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 時間 分 <②~③の場合> 協力会員宅出発 (9 : 45) → 公共施設・依頼会員宅での預かり → 協力宅到着 (13 : 15) 3 時間 30 分 (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 ・ <u>不要</u> 必要な場合の準備:		
連絡方法の確認	電話 ・ メール ・ <u>LINE</u> ・ 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) 1人目 3.5 H× 800 円 2人目 H× 円 合計 2,800 円	その他実費	駐車場代 ・ その他 _____ 円
取消料	1,400 円 (前日まで無料、当日朝は半額、それ以降は全額) 取消時の報酬の受け渡し方法:		
支払い方法	<u>都度</u> ・ 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
	2000	保育 花子	090-1111-1111

<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。