（様式第９号）

**家庭生活支援員派遣等要請書**

年　　月　　日

公益社団法人 大阪市ひとり親家庭福祉連合会会長　様　　　 利用者氏名（年齢）：

利用者登録番号：

住　　　　　所：

子どもの名前（年齢）：

　次の理由により、日常生活の支援が必要となりましたので、家庭生活支援員の派遣等を要請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 支援の区分 | □①生活援助 | | | □②子育て支援 | | | | | |
| 支援の場所 | □①利用者宅 | | | □①家庭生活支援員宅　□③その他（　　　　　　　　　）  □②職業訓練実施場所（会場名等　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 上記の最寄駅 | 電鉄名（　　　　　　　　　　　　）・駅名（　　　　　　　　　　　　　　　　 ） | | | | | | | | |
| 連絡先 | 自宅電話（　　　　　　　　　　　　　）・携帯（　　　　　　　　　　　　　　 ）  勤務先等（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 派遣等理由 | □①自立促進　（具体的に誰が　　　　　　　次の事由で  ）  □A.技能習得のための通学　□B.就職活動　□C.恒常的な時間外勤務　□D.その他  □②社会的事由（具体的に誰が　　　　　　　　次の事由で  ）  □疾病　　□出産　　□看護　　□事故　　□災害  □冠婚葬祭　　□急な残業　　□転勤　　□出張  □学校等公式行事への参加　　□その他（　　　　　　　　　）  □③生活環境の激変（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ※①のうちA.または②の場合、派遣事由継続期間　□今回分のみ　□（　 年　 月頃迄） | | | | | | | | |
| 派遣依頼日時 |  | | | | | | | | 予定時間数 |
| 年　　月　　日（　　）　　　：　　　～　　　： | | | | | | | |  |
| 年　　月　　日（　　）　　　：　　　～　　　： | | | | | | | |  |
| 年　　月　　日（　　）　　　：　　　～　　　： | | | | | | | |  |
| 年　　月　　日（　　）　　　：　　　～　　　： | | | | | | | |  |
| 年　　月　　日（　　）　　　：　　　～　　　： | | | | | | | |  |
| 合計時間数 | | | | | | | |  |
| サービス内容 | □①乳幼児の世話　　□②児童の生活指導　　□③食事の世話  □④住居の掃除　　　□⑤身の回りの世話　　□⑥生活必需品等の買物  □⑦医療機関等との連絡　　□⑧その他必要な用務（　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 備考 | □お迎えがある場合の預け先（　　　　　　　　　　　　）保育所・幼稚園・小学校 | | | | | | | | |
| 注）右の欄は記入  しないでください。 | | 処理欄 | | | 受付日 | ・　　・ | 処理日 | ・　　・ | |
| 階層区分 | Ａ　　・　　Ｂ　　・　　Ｃ　　・　　Ｄ | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 派遣等依頼先 | ◆ （公益社団法人）大阪市ひとり親家庭福祉連合会  　　　　　住所：〒531-0071　大阪市北区中津１－４－１０  　　　　　ＴＥＬ：6371-7146　　ＦＡＸ：6371-6722  　　　　　e-mail：[haha-35@v-aid.org](mailto:haha-35@v-aid.org)（キャンセルは必ず電話で） |
|  |