

## 生活困窮家庭への”ファミサポ利用支援子育て基金”利用申請書

私は、上記支援子育て基金利用申請にあたり貴基金の定めにより基金利用を申請いたします。なお、申請にあたり虚偽申請を行ったことが発見された場合、申請によりいただいた基金を10日以内に返還するとともに、今後一切貴基金への申請はいたしません。

年 月 日

住 所（住民届出）

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

公益財団法人徳島県勤労者福祉ネットワーク  
理事長 久積 育郎 様

### 誓 約 書

私は、下記事項に該当し、生活困窮家庭への”ファミサポ利用支援子育て基金”申し込みにあたり申請に偽りがないことを誓約いたします。

1. 徳島県内のファミリー・サポート・センターの依頼会員です。
2. ファミリー・サポート・センターを利用するにあたり、本基金申し込みを行う方法によらないと、ファミリー・サポート事業の相互援助活動の支援が得られない収入しかない家庭です。
3. ファミリー・サポート・センターを通じ、今回の相互援助活動を受けるにあたり、他に家庭を支援いただける、「家族・親戚・友人・知人等」がいません。
4. 1回の支援金は1時間500円とし、年間30時間の限度内であることを確認いたします。
5. 支援金の受領方法は、貴財団の定める方法により直接提供会員へ振り込むことに意義ありません。（支援金振込先、支援金振込日、その他）
6. 別紙申請書により申し込みを行います。
7. 将来提供・両方会員となりファミサポ事業に協力する予定です。

以上

【別紙申請明細】

住所 1		入会先ファミサポ	
住所 2		入会日	年 月 日
氏 名		会員番号	
世帯年収 (税引き後)	円	ファミサポ 入会確認印	
申請理由		備考	

【センターチェックリスト】

通番	チェック	項 目	確認者印
1	可 <input type="checkbox"/> ・否 <input type="checkbox"/>	ファミサポ依頼・両方会員である	
2	可 <input type="checkbox"/> ・否 <input type="checkbox"/>	本基金申請によらないと支援が得られない収入しかない家庭である	
3	可 <input type="checkbox"/> ・否 <input type="checkbox"/>	本当に他に支援をしていただける人がいないと感じられる	
4	可 <input type="checkbox"/> ・否 <input type="checkbox"/>	提供会員となる人と十分に協調関係が保てる	
5	可 <input type="checkbox"/> ・否 <input type="checkbox"/>	申請理由に偽りがあるとは認められない	
6	可 <input type="checkbox"/> ・否 <input type="checkbox"/>	将来提供会員や両方会員になるなど、協力が得られる	
7	可 <input type="checkbox"/> ・否 <input type="checkbox"/>	日頃からセンターに協力的である	

\*提供会員がセンターへ提出する「援助活動の報告書（センター提出用）」（写）を添付のこと。

【財団使用欄】

処理日	部 署	金 額	担当者印	検 印	備 考