

家庭生活支援員派遣等事前登録申請書・異動届

年 月 日

(提出先)大阪市 区保健福祉センター所長

申請者 氏名 (個人番号)

大阪市ひとり親家庭等日常生活支援事業実施要綱に基づき、生活援助、子育て支援のサービスが必要となった場合、家庭生活支援員の派遣等を希望しますので、次のとおり事前登録します。また、資格・費用負担額の認定に必要な公簿を閲覧されることに異議ありません。

なお、登録決定(変更)後は、登録決定(変更)内容及び下記の情報について、公益社団法人大阪市ひとり親家庭福祉連合会に提供することについて同意します。

記

				新規	更新
利用者の状況	フリガナ		区分	母子・父子・寡婦	
	氏名		生年月日	昭・平 年 月 日(歳)	
	住所 (下段は変更後)	〒 区	電話	自宅	
		〒 区		携帯	
	緊急連絡先1	利用者の勤務先		FAX	
	緊急連絡先2	氏名(利用者以外の方)		続柄	
住所		電話			

家族の状況	氏名(フリガナ)	続柄	生年月日	職業・学校名等	収入	健康状態など参考事項
		本人				
ヘルパー等の利用状況		利用している制度名称				
		上記制度利用者氏名				

生計中心者の前年所得金額	生計中心者	利用者	利用者以外	フリガナ 氏名	個人番号()	利用者との続柄
	前年所得金額	円		生計維持の方法		
	児童扶養手当受給	無・有(証書番号)				
	年金等の受給	無・有 年金名(遺族基礎年金 遺族厚生年金 老齢基礎年金 老齢厚生年金 その他()) 金額()				
	生計中心者の所得階層区分	A(生活保護受給)・B(市民税非課税)・C(児童扶養手当支給水準)・D(その他)				

生活環境等が激変し日常生活を営むのに、大きな支障が生じている場合のみ
 該当年月日 (令和 年 月 日)
 該当事由()

希望する支援区分 (1)生活援助 (2)子育て支援
 希望する実施場所 ①家庭生活支援員の自宅
 ②講習会場等職業訓練実施場所 ③子育て支援関連施設等

起案年月日	.	.
決裁年月日	.	.
担当課長	担当課長代理	担当係長
係員		

公印審査欄

確認欄	
課税状況と相違なし	確認(有・無)
住民基本台帳と相違なし	確認(有・無)
(添付書類) 戸籍謄(抄)本 児童扶養手当証書(写)	
児童扶養手当支給停止通知書(写)	
公的年金証書(写)	所得額申告書 所得証明書
自宅付近の地図	その他()

※太枠内は区保健福祉センターが記入

家庭生活支援員派遣等事前登録申請書・異動届 (写)

年 月 日

(提出先)大阪市 区保健福祉センター所長

申請者 氏名 (個人番号)

大阪市ひとり親家庭等日常生活支援事業実施要綱に基づき、生活援助、子育て支援のサービスが必要となった場合、家庭生活支援員の派遣等を希望しますので、次のとおり事前登録します。また、資格・費用負担額の認定に必要な公簿を閲覧することに異議ありません。

なお、登録決定(変更)後は、登録決定(変更)内容及び下記の情報について、公益社団法人大阪市ひとり親家庭福祉連合会に提供することについて同意します。

記

				新規	更新
利用者の状況	フリガナ		区分	母子・父子・寡婦	
	氏名		生年月日	昭・平 年 月 日(歳)	
	住所 (下段は変更後)	〒 区	電話	自宅	
		〒 区		携帯	
	緊急連絡先1	利用者の勤務先	FAX		
緊急連絡先2	氏名(利用者以外の方)	住所	電話	続柄	

家族の状況	氏名(フリガナ)	続柄	生年月日	職業・学校名等	収入	健康状態など参考事項
		本人				
ヘルパー等の利用状況		利用している制度名称 上記制度利用者氏名				

生計中心者の前年所得金額	生計中心者	利用者	利用者以外	フリガナ 氏名	個人番号()	利用者との続柄
	前年所得金額	円		生計維持の方法		
	児童扶養手当受給	無・有 (証書番号)				
	年金等の受給	無・有 { 年金名 (遺族基礎年金 遺族厚生年金 老齢基礎年金 老齢厚生年金 その他()) 金額() }				
	生計中心者の所得階層区分	A(生活保護受給)・ B(市民税非課税)・ C(児童扶養手当支給水準)・ D(その他)				

生活環境等が激変し日常生活を営むのに、大きな支障が生じている場合のみ
 該当年月日 (令和 年 月 日)
 該当事由()

希望する支援区分	(1)生活援助 (2)子育て支援	希望する実施場所 ①家庭生活支援員の自宅 ②講習会場等職業訓練実施場所 ③子育て支援関連施設等
----------	------------------	--

起案年月日	.	.
決裁年月日	.	.
担当課長	担当課長代理	担当係長
係員		

公印審査欄

確認欄	
課税状況と相違なし	確認 (有・無)
住民基本台帳と相違なし	確認 (有・無)
(添付書類) 戸籍謄(抄)本 児童扶養手当証書(写) 児童扶養手当支給停止通知書(写) 公的年金証書(写) 所得額申告書 所得証明書 自宅付近の地図 その他()	

※太枠内は区保健福祉センターが記入

区保健福祉第 号
年 月 日

家庭生活支援員派遣等対象家庭登録決定通知書

様

大阪市 区保健福祉センター所長 ⑨

大阪市ひとり親家庭等日常生活支援事業実施要綱に基づき、次のとおり決定したので通知します。

記

利用者氏名

対象家庭登録番号

区分

派遣期間

支援区分

派遣時間等

利用者負担額有無

利用者負担額(生活援助)

(子育て支援)

生計中心者氏名

※ただし、生活援助の利用者負担額は時間帯により、子育て支援の利用者負担額は時間帯、児童数、実施場所により変更があります

※利用にあたっては別紙「この事業を利用するにあたって」をよくお読みください。

区保健福祉第 号
年 月 日

家庭生活支援員派遣等対象家庭登録変更決定通知書

様

大阪市 区保健福祉センター所長 ⑨

大阪市ひとり親家庭等日常生活支援事業実施要綱に基づき、次のとおり決定したので通知します。

記

利用者氏名

対象家庭登録番号

区分

派遣期間

支援区分

派遣時間等

利用者負担額有無

利用者負担額(生活援助)

(子育て支援)

生計中心者氏名

変更事由

※ただし、生活援助の利用者負担額は時間帯により、子育て支援の利用者負担額は時間帯、児童数、実施場所により変更があります

※利用にあたっては別紙「この事業を利用するにあたって」をよくお読みください。

区保健福祉第 号
年 月 日

家庭生活支援員派遣等対象家庭登録不承認通知書

様

大阪市 区保健福祉センター所長 ㊟

先に申請のありました家庭生活支援員派遣等対象家庭の登録について、大阪市ひとり親家庭等日常生活支援事業実施要綱に基づく対象家庭に該当しないので通知します。

記

申請年月日

非該当の理由

この決定に不服があるときは、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内に、書面で審査請求をすることができます。

家庭生活支援員派遣等対象家庭登録辞退届

年 月 日

大阪市 区保健福祉センター所長

氏名

大阪市ひとり親家庭等日常生活支援事業について、次のとおり家庭生活支援員派遣等対象家庭の登録を辞退します。

記

対象家庭登録番号	区コード	区分	家庭番号			
氏名					区分	母子・父子・寡婦
					生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
住所	〒 区				電話	
					連絡先	
辞退する理由	ア. 配偶者のない女子、配偶者のない男子、または寡婦でなくなった。 イ. 配偶者のない女子、配偶者のない男子が児童を扶養しなくなった。 ウ. 区間異動のため。 エ. 市外転出のため。 オ. その他()					
辞退する理由が発生した日	年 月 日					

区保健福祉第 号
年 月 日

家庭生活支援員派遣等対象家庭登録抹消通知書

様

大阪市 区保健福祉センター所長 ㊟

先に決定した家庭生活支援員派遣等対象家庭の登録を次のとおり抹消するので通知します。

記

決定年月日

対象家庭登録番号

区分

登録抹消理由

登録抹消年月日

利用者氏名

年度 家庭生活支援員派遣等対象家庭名簿

区保健福祉センター保健福祉(福祉)課

登録番号	受付年月日 登録年月日	氏名	生年月日	年齢	住所 (電話)	対象区分 母子・父子・寡婦	支援区分 <input type="checkbox"/> 生活援助 <input type="checkbox"/> 子育て支援	階層区分	備考
								利用者負担額 1時間あたり 円	
	. .		T・S・H・R		(電話)			A・B・C・D	
		(電話)			円	
	. .		T・S・H・R		(電話)			A・B・C・D	
		(電話)			円	
	. .		T・S・H・R		(電話)			A・B・C・D	
		(電話)			円	
	. .		T・S・H・R		(電話)			A・B・C・D	
		(電話)			円	
	. .		T・S・H・R		(電話)			A・B・C・D	
		(電話)			円	
	. .		T・S・H・R		(電話)			A・B・C・D	
		(電話)			円	

家庭生活支援員派遣等要請書

年 月 日

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になりましたので、家庭生活支援員の派遣等を要請します。

支援の区分	<input type="checkbox"/> ①生活援助	<input type="checkbox"/> ②子育て支援
支援の場所	<input type="checkbox"/> ①利用者宅	<input type="checkbox"/> ①家庭生活支援員宅 <input type="checkbox"/> ③その他() <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> ①自立促進 (具体的に誰が _____ 次の事由で _____) <input type="checkbox"/> A.技能習得のための通学 <input type="checkbox"/> B.就職活動 <input type="checkbox"/> C.恒常的な時間外勤務 <input type="checkbox"/> D.その他 <input type="checkbox"/> ②社会的事由 (具体的に誰が _____ 次の事由で _____) <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 看護 <input type="checkbox"/> 事故 <input type="checkbox"/> 災害 <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭 <input type="checkbox"/> 急な残業 <input type="checkbox"/> 転勤 <input type="checkbox"/> 出張 <input type="checkbox"/> 学校等公式行事への参加 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 今回分のみ <input type="checkbox"/> (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() : ~ :	
	合計時間数	
サービス内容	<input type="checkbox"/> ①乳幼児の世話 <input type="checkbox"/> ②児童の生活指導 <input type="checkbox"/> ③食事の世話 <input type="checkbox"/> ④住居の掃除 <input type="checkbox"/> ⑤身の回りの世話 <input type="checkbox"/> ⑥生活必需品等の買物 <input type="checkbox"/> ⑦医療機関等との連絡 <input type="checkbox"/> ⑧その他必要な用務()	
備考	<input type="checkbox"/> 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	.

派遣等依頼先	

