

家庭生活支援員派遣等手当請求書

一般社団法人鳥取県母子寡婦福祉連合会理事長 様

請求金額 金 円

鳥取県ひとり親家庭等日常生活支援事業実施要綱(平成15年8月11日付子家第580号鳥取県福祉保健部長通知。)に基づき、下記のとおり家庭生活支援員として支援を行いましたので、家庭生活支援員派遣等証明書を添えて派遣等手当を請求します。

年 月 日

請求者 住 所

氏 名

電話番号

振 込 先

( ) 銀行・金庫 ( ) 支店 普通・当座

口座番号 ( ) 口座名義 ( ) ( )

記

1 派遣の対象家庭

住 所

氏 名

2 派遣内容等

	派遣等期日	派遣等時間	時間数	支援区分 (いずれかに○)	児童数 (※1)	支援の 内容 (※2)	支援の 実施 場所 (※3)	備考
1	月 日( )	: ~ :		子育て支援・生活援助				
2	月 日( )	: ~ :		子育て支援・生活援助				
3	月 日( )	: ~ :		子育て支援・生活援助				

※1 子育て支援を行った場合、支援の対象となった児童数を記入してください。

※2 支援の内容については、次のア～キのうち、該当するものを記入してください(複数可)。

ア 乳幼児の保育 イ 児童の生活指導 ウ 食事の世話 エ 住居の掃除 オ 身の回りの世話

カ 生活必需品等の買物 キ 医療機関等との連絡 ク その他必要な用務

※3 支援の実施場所については、次のア～エのうち、該当するものを記入してください。

ア 被生活援助者の居宅 イ 家庭生活支援員の居宅 ウ 講習会等職業訓練を受講している場合

エ 児童館、母子生活支援施設等ひとり親家庭等の利用しやすい適切な場所(子育て支援を受ける者の居宅を含む。)

※4 同日に2箇所以上の場所で支援を行う場合は、移動に要した時間を備考欄に記入してください。

3 派遣旅費

	派遣等期日	出発地住所	用務地住所	交通手段	自家用車の 場合、走行キ ロ数	移動に要した 経費
1	月 日( )					円
2	月 日( )					円
3	月 日( )					円