

家庭生活支援員派遣等証明書

一般社団法人鳥取県母子寡婦福祉連合会理事長 様

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（ 月分）家庭生活支援員の派遣等を受けましたので、証明します。

年 月 日

登録番号  
住 所  
氏 名  
電話番号

記

	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)	家庭生活支援員 氏名
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。