

提供会員は予め記入し、利用会員は確認後押印しお支払いください。報告書の締切日は翌月5日までです。

援助活動報告書(年 月)								
利用会員				提供会員			受領印	
氏名				氏名				
(住所)				(電話)				
(会員番号)	()			(会員番号)	()			
子どもの名前	(才)		(才)		(才)			
★ 援助の内容は、下記の1～16項目の中から番号を選んで記入し、番号ごとの合計時間数を記入する。								
月/日(曜日)	援助時間	時間数 (h)	援助内容		報酬 (円)	交通費・ 食事代 (円)	合計金額 (円)	利用会員 確認印
			(番号)	(子どもの名前)				
/ ()	～							
/ ()	～							
/ ()	～							
/ ()	～							
/ ()	～							
/ ()	～							
/ ()	～							
/ ()	～							
/ ()	～							
/ ()	～							
合計回数 回	/	援助内容			円	円	円	/
		番 号						
		時間数						
(援助内容の番号)								
1. 保育施設の登園前の預かり及び送り 2. 保育施設の迎え及び帰宅後の預かり 3. 保育施設の帰宅後の預かり 4. 学童の学校の放課後の預かり 5. 学童保育の迎え及び帰宅後の預かり 6. 学童保育から帰宅後の預かり 7. 子どもの病気時の援助 8. 子どもの習い事等の場合の援助				9. 保育施設・学校の休みの時の預かり 10. 保育施設の入所前の預かり 11. 保護者の短時間・臨時就業時の預かり 12. 保護者の就職活動時の預かり 13. 冠婚葬祭・他の子どもの学校行事時の預かり 14. 保護者等の外出時の預かり 15. 保護者等の病気・急用時の預かり 16. 上記以外の援助活動				
				記入()				
報酬の計算	① 月～金の午前6時から午後10時まで＝1時間700円/1人につき 土・日・祝祭日及び上記以外の時間外＝1時間900円/1人につき ② 兄弟姉妹の同時送迎のみの場合、二人目以降の料金は半額。 ③ 援助時間が1時間に満たない場合でも、1時間当たりの料金。 援助時間が1時間を超える場合は、30分までは半額、30分を超えるときは1時間当たりの料金。							
取消し料金	① 前日までの取り消しは無料。 ② 当日、援助開始の1時間以上前までの取り消しは1時間分の料金。 ③ 当日、援助開始の1時間に満たない時間での取り消しは、予定の時間とおりの料金。							
《事務局TEL&FAX》 江戸川台ファミリーサポートセンター 04-7153-4151 おおたかの森ファミリーサポートセンター 04-7199-2282					センター長確認印			

★センターへのご連絡・ご質問・ご意見がございましたら、裏面下欄の自由記述欄にご記入ください。