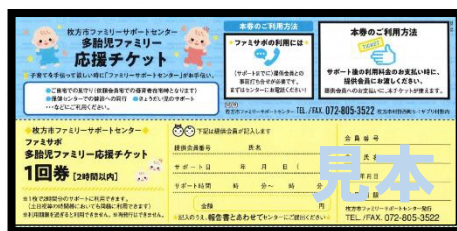


多胎児（ふたごや三つ子など）のいるご家庭に ファミリーサポートセンターの利用料を補助します

多胎児（ふたごや三つ子など）を養育している家庭がファミリーサポートセンターを利用する際の利用料を補助します。

各年最大
1回券（2時間以内）
のチケットを10枚
お渡しします！



対象

枚方市にお住まいで、0歳（概ね生後3か月）以上3歳未満の多胎児を育てている家庭。

利用期間と補助限度

- ・多胎児の0歳（概ね生後3か月）から3歳に達する日の前日まで。
- ・補助限度は0歳・1歳・2歳の1年ごとに20時間分まで。（1枚あたり2時間以内の利用に使えるチケットを10枚交付）

ファミリーサポートセンターとは

子育ての援助を受けたい人（依頼会員）と、援助を行いたい人（提供会員）をつなぐ、有償ボランティアの会員組織です。

★援助できる内容

- ・保育所（園）等が始まるまでや終了後に子どもを預かります。
- ・保育所（園）等や習い事への送迎をします。
- ・子どもを連れて出にくいときや通院のときに子どもを預かります。
- ・子育て中のリフレッシュのために子どもを預かります。

<例>

- 保健センターでの健診への同行。
 - 養育者のいる子ども宅で預かることもできます。
- ※宿泊や、病気の子どもの援助はできません。



お問い合わせ

〒573-8666 枚方市大垣内町2-1-20
枚方市役所 子ども未来部 私立保育幼稚園課
電話 072-841-1471、ファクス 072-841-4319

利用方法は

裏面をご覧ください



ご利用には、枚方市ファミリーサポートセンターの会員登録と 私立保育幼稚園課への申し込みが必要です

① 枚方市ファミリーサポートセンターの初回講習（予約制）を受け、会員登録する

- ・初回講習の開催日を、市ホームページや広報ひらかたなどで確認します。
サプリ村野での説明（予約制）や月2回の出張登録会を行っています。枚方市ファミリーサポートセンターへお申込みください。
 - ・会員登録には、顔写真（3cm×2cm、2枚）、印鑑が必要です。
- ※同時に②の申込書を記入することもできます。

★枚方市ファミリーサポートセンター

（月・火・木・金・土曜 午前9時30分～午後5時開所、祝日・年末年始除く）

〒573-0042 枚方市村野西町5-1（サプリ村野内） 電話・ファクス 072-805-3522



② 私立保育幼稚園課に申込書を提出する

- ・申込書（枚方市ファミリーサポートセンター又は、私立保育幼稚園課窓口（市役所別館5階）に設置）を提出してください。枚方市ホームページからダウンロード可。
 - ◆トップページ→子育て→（「枚方市子育てわくわくサイト」に移動）→目的・対象別に探す→多胎児家庭
- ・申込には母子健康手帳や乳幼児医療証、健康保険証など氏名、生年月日が確認できるものが必要
- ・郵送の場合は、記入済みの申込書及び、母子健康手帳、乳幼児医療証、健康保険証などの子どもの名前が載ったページの写し（多胎児全員分）の添付を忘れずに。



③ 利用承認通知書、多胎児ファミリー応援チケットを受け取る

- ・1週間から10日前後で、「枚方市多胎児育児支援事業利用承認通知書」、「多胎児ファミリー応援チケット」が届きます。



④ ファミリーサポートセンターを利用した際、利用時間分のチケットを提供会 員に渡す。



受付番号 ー

枚方市多胎児家庭育児支援事業利用申込書

令和 年 月 日

枚 方 市 長

申請者 〒573-
 住 所 枚方市
 氏 名
 電話番号
 緊急連絡先

枚方市多胎児家庭育児支援事業の利用について、次の通り申し込みます。なお、ヘルパー派遣にあたり、申込書に記載された事項を、必要に応じ受託事業者に提供することを承諾します。

利用者	氏名		生年月日	年 月 日
	住所	〒573-		
対象児	フリガナ 氏 名	性別	生年月日	備 考
		男・女	年 月 日	
		男・女	年 月 日	
		男・女	年 月 日	
		男・女	年 月 日	

同居家族	氏 名	続柄	年齢	備 考

【利用を希望するサービスの種類】

- ホームヘルパーの派遣
- ファミリーサポートセンター利用料の補助

1. ホームヘルパーの派遣					
援助を利用する日時等	利用希望期間： 年 月 日～ 年 月 日の間 利用希望曜日：() 利用希望時間帯：()				
希望する援助内容（1回につき2時間まで）	<table border="1"> <tr> <td>育 児 援 助</td> <td> <input type="checkbox"/>授乳 <input type="checkbox"/>おむつ交換 <input type="checkbox"/>もく浴補助 <input type="checkbox"/>その他必要な育児援助 () </td> <td>家 事 援 助</td> <td> <input type="checkbox"/>食事の準備及び後片付け <input type="checkbox"/>居室等の掃除及び整理整頓 <input type="checkbox"/>衣類の洗濯及び補修 <input type="checkbox"/>生活必需品の買い物 <input type="checkbox"/>その他必要な家事援助 () </td> </tr> </table>	育 児 援 助	<input type="checkbox"/> 授乳 <input type="checkbox"/> おむつ交換 <input type="checkbox"/> もく浴補助 <input type="checkbox"/> その他必要な育児援助 ()	家 事 援 助	<input type="checkbox"/> 食事の準備及び後片付け <input type="checkbox"/> 居室等の掃除及び整理整頓 <input type="checkbox"/> 衣類の洗濯及び補修 <input type="checkbox"/> 生活必需品の買い物 <input type="checkbox"/> その他必要な家事援助 ()
育 児 援 助	<input type="checkbox"/> 授乳 <input type="checkbox"/> おむつ交換 <input type="checkbox"/> もく浴補助 <input type="checkbox"/> その他必要な育児援助 ()	家 事 援 助	<input type="checkbox"/> 食事の準備及び後片付け <input type="checkbox"/> 居室等の掃除及び整理整頓 <input type="checkbox"/> 衣類の洗濯及び補修 <input type="checkbox"/> 生活必需品の買い物 <input type="checkbox"/> その他必要な家事援助 ()		
希望事業者名	第1希望：() 第2希望：() 第3希望：()				
特記事項	(健康状態やアレルギーの有無等、特にホームヘルパー派遣事業者に伝えておく必要のある事項があれば記入してください。)				

2. ファミリーサポートセンター利用料の補助	
会員番号	
利用希望期間	年 月 日～ 年 月 日の間
希望する主な援助内容	

※枚方市記入欄

確認書類	母子健康手帳・健康保険証・乳幼児医療証・その他()
派遣事業所	
初回講習	<input type="checkbox"/> 受講済 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 未受講
備考	

受付番号 ー

枚方市多胎児家庭育児支援事業利用申込書【妊娠中の方用】

年 月 日

枚 方 市 長

申請者 〒573ー
住 所 枚方市
氏 名
電話番号
緊急連絡先

枚方市多胎児家庭育児支援事業の利用について、次の通り申し込みます。なお、ヘルパー派遣にあたり、申込書に記載された事項を、必要に応じ受託事業者に提供することを承諾します。また、「利用希望期間」については、(出産後、提出された母子健康手帳等のコピーに基づき)市が記入することに同意します。

利用者	氏名		生年月日	年 月 日
	住所	〒573-		

対象児については、後日提出予定の、母子健康手帳等のコピーのとおり。
※出産後、母子健康手帳のコピーなど、子どもの氏名、生年月日が確認できるものをご提出ください。(郵送可)

同居家族	氏 名	続柄	年齢	備 考

【利用を希望するサービスの種類】
ホームヘルパーの派遣
ファミリーサポートセンター利用料の補助

市担当者記入欄

1. ホームヘルパーの派遣

援助を利用する日時等	利用希望期間： 年 月 日～ 年 月 日の間	
	利用希望曜日： ()	
	利用希望時間帯： ()	
希望する援助内容 (1回につき2時間まで)	育 児 援 助	家 事 援 助
	<input type="checkbox"/> 授乳 <input type="checkbox"/> おむつ交換 <input type="checkbox"/> もく浴補助 <input type="checkbox"/> その他必要な育児援助 ()	<input type="checkbox"/> 食事の準備及び後片付け <input type="checkbox"/> 居室等の掃除及び整理整頓 <input type="checkbox"/> 衣類の洗濯及び補修 <input type="checkbox"/> 生活必需品の買い物 <input type="checkbox"/> その他必要な家事援助 ()

希望事業者名	第1希望：() 第2希望：() 第3希望：()
特記事項	(健康状態やアレルギーの有無等、特にホームヘルパー派遣事業者に伝えておく必要のある事項があれば記入してください。)

2. ファミリーサポートセンター利用料の補助	
会員番号	
利用希望期間	年 月 日～ 年 月 日の間
希望する主な援助内容	

※枚方市記入欄

確認書類	母子健康手帳・健康保険証・乳幼児医療証・その他()
派遣事業所	
初回講習	<input type="checkbox"/> 受講済 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 未受講
備考	