

新見市ファミリー・サポート・センター

■ファミリー・サポート・センターとは？

保護者の残業や休日出勤、急用や病気など「困ったな。都合がつかないなあ。」というときに、育児の援助を受けたい人（依頼会員）と育児の援助を行う保育サポーター（提供会員）が有償で助け合う会員組織です。

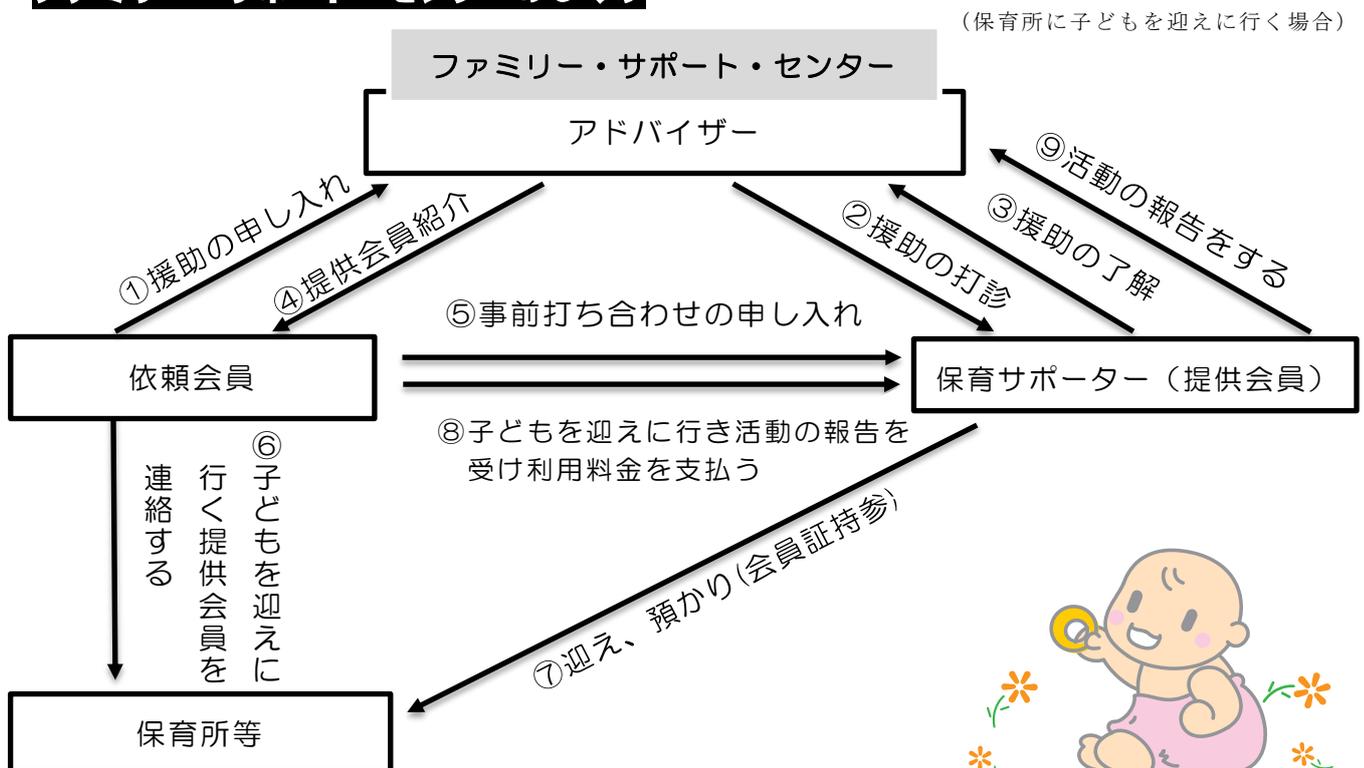
事前に会員登録しておけば、いざという時に安心です。

援助活動の内容

- ・ 保育所、幼稚園などの送迎
- ・ 保育所、幼稚園、小学校終了後や休みのときの保育
- ・ 学校行事や冠婚葬祭などに出かけるときの保育
- ・ 産前・産後の手助けが欲しいときの保育
- ・ その他子育てを手伝って欲しいとき

※保育所からの、発熱などによる呼び出しについては、保護者の対応となります。
病児の預かり・宿泊の預かりは行いません。

ファミリー・サポート・センターのしくみ



会員の種類

■依頼会員（育児の援助を受けたい人）

市内に住所がある人で、概ね生後6か月以上10歳未満の子どもを養育している人

■提供会員（育児の援助を行いたい人）＝保育サポーター

市内に住所がある人で、心身ともに健康で、センターが実施する講習会を修了した人

※依頼・提供会員の両方の会員になることもできます。



会員になるには

- ・センターのしくみや相互に守るルールを理解していただくために短時間の説明を受けた後、「入会申込書」を提出して頂きます。（印鑑を持参ください。）
- ・会費は無料です。

※申込用紙は、こども課および各支局地域振興課に備え付けていますが、事前に連絡のうえ、こども課に直接提出願います。（子どもさんの状態について聞き取りを行います。）

利用料金

※依頼会員が提供会員に1回ごとに直接支払います。

活動日	活動時間帯	利用料金基準額 (1時間あたり)
平日（月曜日～金曜日）	基本時間 (午前7時から午後7時まで)	700円
	基本時間外 (上記時間以外)	800円
土曜日・日曜日・祝日	終日	800円

- 1 利用時間は1時間に満たない場合でも1時間とみなします。
- 2 取消しについては、次のとおり依頼会員が支払います。
 - ・前日までの取消し・・・無料
 - ・当日の取消し・・・予約内容で算定した半額
 - ・無断取消し・・・予約内容で算定した全額
- 3 食事（ミルク）、おやつ、おむつ等必要なものについては、依頼会員が準備してください。依頼会員の依頼により提供会員が用意した場合には、依頼会員が実費を支払ってください。

補償保険

事故に備え、会員になると自動的にファミリー・サポート・センター補償保険に加入することとなります。
保険料は新見市ファミリー・サポート・センターが負担します。

1 提供会員傷害保険

提供会員がファミリー・サポート・センターの斡旋による援助活動中に負傷した場合の補償

2 賠償責任保険

援助活動中の提供会員が、監督ミス等で、第三者の身体または財物に障害を与え、法律上の賠償責任が生じた場合の補償

3 依頼子ども傷害保険

活動中に依頼会員の子どもがケガをした場合の補償

注意事項

※援助活動を行う前に、依頼会員（子ども）と提供会員の事前面接を行います。

事前面接を行わないと、援助活動には入れません。

援助活動は、必ずアドバイザーを通して行ってください。



■新見市ファミリー・サポート・センター利用助成金制度について

目的

子育て家庭の経済的負担の軽減及び事業の利用促進を目的に、依頼会員が提供会員に支払う利用料金に対して助成金を支給します。

助成金額

依頼会員の子ども1人につき1時間あたり500円を助成します。

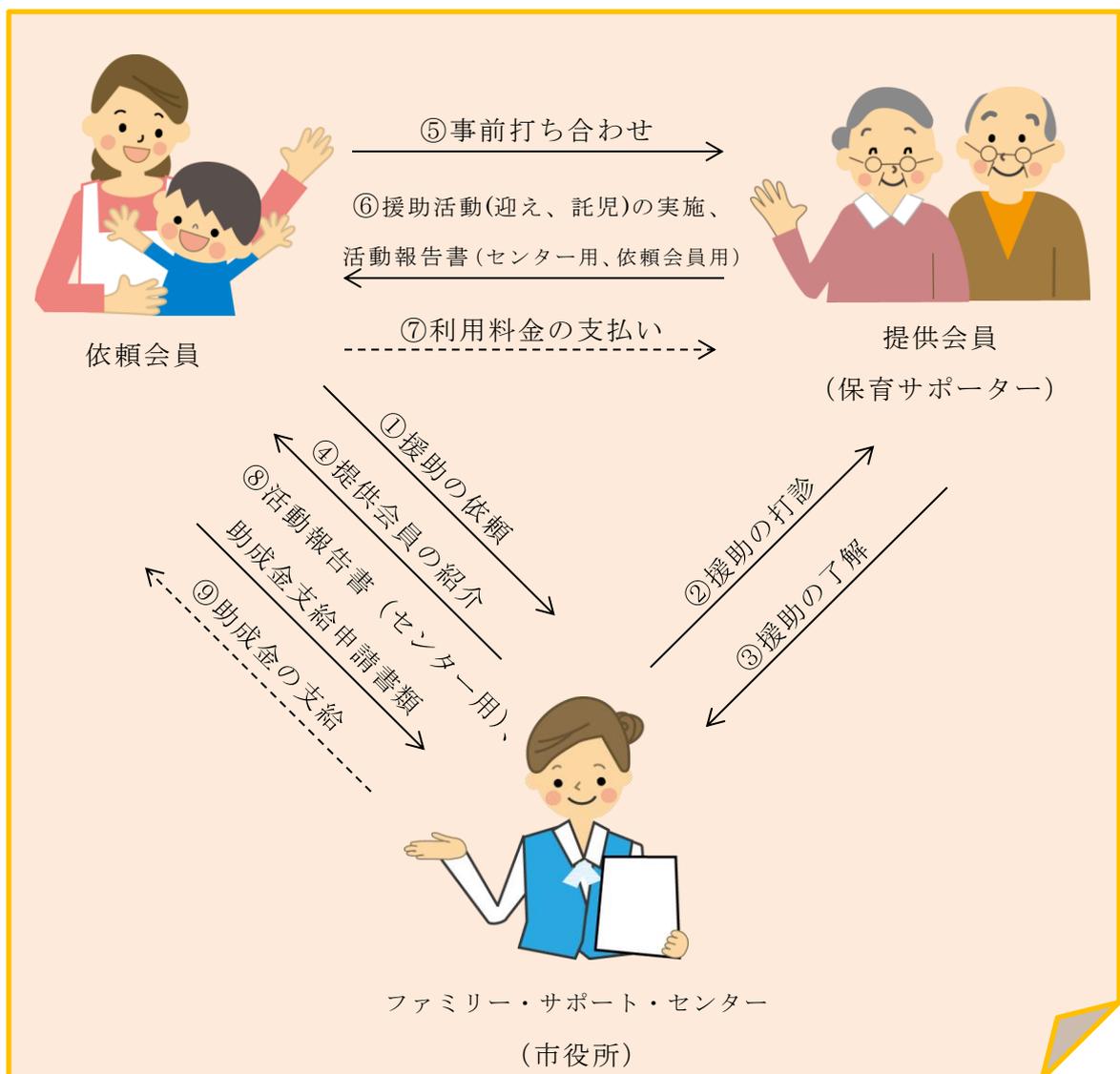
利用制限

依頼会員の子ども1人につき1月あたり40時間以内の利用上限があります。

※40時間を超えても利用可能ですが、超過時間分の助成金は支給されません。

支給申請

助成金支給申請の流れは次のとおりです。



■申し込み・問い合わせ先

新見市ファミリー・サポート・センター事務局
新見市新見310番地3
新見市福祉部こども課子育て支援係内
(TEL 72-6115 FAX 72-1407)

入会申込書(依頼会員用)

平成 年 月 日

		会員番号		
ふりがな			生年月日	性別
氏名			平成・昭和 年 月 日	男 女
住所	〒			
	自宅TEL:		FAX:	携帯:
	勤務先名		TEL:	
同居家族	配偶者 (有 無)	子ども その他	人 人	職業
				1. 労働者 2. その他
緊急連絡先	名前		続柄	
	TEL:		携帯:	
	名前		続柄	
	TEL:		携帯:	
備考				
援助の必要な 子どもの状況	子どもの名前		保育所・幼稚園・学校	
			名称	
			住所	TEL:
	性別 (男 女)		かかりつけ病院名	
	年 月 日生		住所	TEL:
	既往歴			
	アレルギーの有無等			
			名称	
			住所	TEL:
	性別 (男 女)		かかりつけ病院名	
	年 月 日生		住所	TEL:
	既往歴			
	アレルギーの有無等			
			名称	
			住所	TEL:
	性別 (男 女)		かかりつけ病院名	
年 月 日生		住所	TEL:	
既往歴				
アレルギーの有無等				

上記のとおり新見市ファミリー・サポート・センターへの入会を申し込みます。また、当該事業のために上記の情報を提供・利用することに同意します。

平成 年 月 日

氏名

印

様式第1号(第5条関係)

ファミリー・サポート・センター事業利用助成金支給申請書

年 月 日

新見市長 様

申請者 住所

氏名 ㊟

電話

新見市ファミリー・サポート・センター事業利用助成金支給要綱第5条の規定により、
次のとおり申請します。

子どもの氏名		※(市で記入) 登録番号	
援助の内容			
利用月	月分(時間)		
利用料金	円		
助成金申請額	円		
振込先 金融機関名	銀行 金庫 農協	支店名	支店 出張所
預金種別	普通・当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			
※(市で記入) 支給決定額	円	確認者印	

※申請の際に必要なもの

- 1 援助活動の実績が確認できる書類
・援助活動の報告(センター用)
- 2 納税等状況調査同意書

新見市長 様

住所
氏名 印
連絡先(電話番号)
法人その他の団体にあつては、主たる事務所の所在地、その名称及び代表者氏名

納税等状況調査同意書

私は、 年 月 日付で (以下「申請者」という。)が行う新見市ファミリー・サポート・センター事業利用助成金の申請に関し、新見市納税等に係る公平性の確保に関する条例第2条第2項各号に掲げる市税等の私の納付状況について調査されることに同意します。

また、同申請に対する特別措置が決定された場合、申請者に私の市税等に滞納があるため特別措置が決定された旨を通知することに同意します。

[納税等状況調査結果記載欄] ※下の欄は記入しないでください。

調査年月日 年 月 日
調査担当職員
賦課及び納付状況 (1) 市税(都市計画税、国民健康保険税を含む。) (2) 介護保険料 (3) 後期高齢者医療保険料 (4) 保育料 (5) 上水道・簡易水道使用料 (6) 下水道使用料(受益者負担金等を含む。) (7) 市営住宅家賃
調査結果 上記申請者について、市税等の納付状況を調査した結果は、次のとおりである。 1 市税等の滞納がない。 2 市税等の滞納がある。
(備考) (確認印)