

(様式第25号)

平成 29 年度 ベビーシッター派遣事業 割引券 (多胎児) 台帳

承認番号

No

事業主名

担当者氏名

印

No	フリガナ 労働者氏名	申込理由 (①~⑧)	区分	4月以前	4月	5月	6月	7月	8月	9月	小計	10月	11月	12月	1月	2月	3月	小計	合計
1			交付枚数																
			使用枚数																
2			交付枚数																
			使用枚数																
3			交付枚数																
			使用枚数																
4			交付枚数																
			使用枚数																
5			交付枚数																
			使用枚数																
6			交付枚数																
			使用枚数																
7			交付枚数																
			使用枚数																
合計			交付枚数																
			使用枚数																

※この台帳は半年ごとに整理し、この台帳の写しと照合確認済の交付用半券を4月から9月までの利用分は10月15日までに、10月から翌年3月までの利用分は4月15日までに、協会宛提出してください。

※申込理由の欄には、以下の①~⑧を記入してください。

- ①義務教育就学前の多胎児が3人以上いる場合
- ②双子以外に義務教育就学前児童がいる場合
- ③「身体障害者福祉法」(昭和24年法律第283号)第15条第4項の規定に基づき身体障害者手帳の交付を受けている者がいる場合
- ④「療育手帳制度について」に基づき療育手帳の交付を受けている者がいる場合
- ⑤その他、地方公共団体が実施する障害児施策の対象となるなど、上記3又は4のいずれかと同等程度の障害を有すると認められた者を養育している場合
- ⑥介護保険の被保険者として、市町村から要介護の認定を受けた家族がいる場合
- ⑦ひとり親家庭の場合
- ⑧双生児のみの場合(他に追加理由なし)