

様式第8号

登録番号	第	号
登録年月日	年	月 日

島根県ひとり親家庭等日常生活支援事業家庭生活支援員派遣等証明書

派遣等を要請した事由 (該当するものに○)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 技能習得のための通学、就職活動等自立促進に必要な事由により、一時的に生活援助、保育サービスが必要となった。 2. 疾病、出張、学校等の公的行事の参加等社会通念上必要と認められる事由により、一時的に生活援助、保育サービスが必要となった。 3. 生活環境等が激変し、日常生活を営むのに、特に大きな支障が生じていた。 								
家庭生活支援員の業務実施場所 (該当するものに○)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 派遣等対象家庭の居宅 2. 家庭生活支援員の居宅 (対象児童数 名) 3. その他 () (対象児童数 名) 								
家庭生活支援員の業務内容 (該当するものに○)	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. 乳幼児の保育</td> <td style="width: 50%;">2. 児童の生活指導</td> </tr> <tr> <td>3. 食事の世話</td> <td>4. 住居の掃除</td> </tr> <tr> <td>5. 身の回りの世話</td> <td>6. 生活必需品等の買物</td> </tr> <tr> <td>7. 医療機関等との連絡</td> <td>8. その他必要な用務</td> </tr> </table>	1. 乳幼児の保育	2. 児童の生活指導	3. 食事の世話	4. 住居の掃除	5. 身の回りの世話	6. 生活必需品等の買物	7. 医療機関等との連絡	8. その他必要な用務
1. 乳幼児の保育	2. 児童の生活指導								
3. 食事の世話	4. 住居の掃除								
5. 身の回りの世話	6. 生活必需品等の買物								
7. 医療機関等との連絡	8. その他必要な用務								
家庭生活支援員の派遣等の日時	年 月 日 時から 時まで (時間)								
	年 月 日 時から 時まで (時間)								
	年 月 日 時から 時まで (時間)								

上記のとおり相違ないことを証します。

年 月 日

派遣等対象家庭代表者氏名

家庭生活支援員氏名