別添資料２

令和6年度一橋大学ベビーシッター育児支援事業（割引券利用）

登録申込書

令和　　年　　月　　日

健康保険被保険者証記載の氏名（ふりがな）

氏名（ふりがな）

職員番号（8桁）

所属・職名

E-Mailアドレス

内線番号

対象となる子どもの生年月日・年齢

　　　　　　　年　　　月　　　日（　　　歳）

対象となる子どもの氏名（ふりがな）

申込者以外の保護者氏名

申込者以外の保護者勤務先

（上記、申込者以外の保護者の在職証明書を添付願います）

利用予定ベビーシッター事業者

　（現段階で利用予定事業者が決まっている場合は、記載ください。）

　参考までに、現時点での予定をご記入ください。

1．年間利用回数

1～5回 6～10回　　　10～15回 　　16回以上　　未定

※利用予定日は就業時間内であること。休日出勤や残業予定などの場合は、出勤簿や

業務内容を確認することがあります。

2．年間利用時期

　　4月～6月 　7月～9月 10月～12月 1月～3月　　緊急時に利用　　　未定

3．主な利用内容（複数回答可）

　　①家庭内保育 ②保育所等への送迎を含む家庭内保育

③その他（　　　　 　　　　　）

＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝（以下、人事課事務処理使用欄）＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝

　　　上記の申込について、登録してよろしいか伺います。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 人事課長 | 労務係長 | ダイバーシティ推進室 |
|  |  |  |