

ひとり親家庭等日常生活支援完了報告書

令和 年 月 日

（あて先）浜松市長

支援員住所

氏名

申込者	住所				
	氏名				
支援対象者(児童)氏名					
	支援年月日	支援時間	利用料(円) ※3	主な支援内容	利用者 確認印 ※4
1		～ : :			
2		～ : :			
3		～ : :			
4		～ : :			
5		～ : :			
6		～ : :			
7		～ : :			
集計欄（市）	受付 No	支援時間計 A	利用料計 B	手当額（手当の時間単価×A）	

※1 この完了報告書は、支援依頼書の最終支援日の翌日から7日以内に受託者に提出してください。（この完了報告書により、月締めで手当のお支払いをいたします。）

※2 各項は1回の支援ごとに記入してください。

※3 利用料は、利用者から受領した金額を記入してください。

※4 利用者確認印の欄には、利用者の押印又はサインをお願いします。

※5 派遣日が月を超える場合等については、月ごとの集計請求を行っていただくため、この書面が複数枚となる場合があります。

（連絡先） 浜松市子育て支援課 電話 053 - 457 - 2792

（提出先） 〒 430-0929

浜松市中央区中央 3-4-18 浜松市子育て情報センター 日常生活支援担当

F A X 053 - 457 - 2901