

子育て短期支援事業申請書

年 月 日

大村市長 様

申請者 住所 _____
 氏名 _____
 電話 _____

子育て短期支援事業を利用したいので、次のとおり申請します。

(ふりがな) 児童氏名	性別	生年月日	学校等 の名称	児童の状況	
	男・女	年 月 日 (歳)		健康状態(強健 ・ 普通 ・ 病気がち) 既往症(有「 _____ 」 ・ 無) 投薬(有 ・ 無) アレルギー(有「 _____ 」 ・ 無) その他の特記事項(_____)	
	男・女	年 月 日 (歳)		健康状態(強健 ・ 普通 ・ 病気がち) 既往症(有「 _____ 」 ・ 無) 投薬(有 ・ 無) アレルギー(有「 _____ 」 ・ 無) その他の特記事項(_____)	
	男・女	年 月 日 (歳)		健康状態(強健 ・ 普通 ・ 病気がち) 既往症(有「 _____ 」 ・ 無) 投薬(有 ・ 無) アレルギー(有「 _____ 」 ・ 無) その他の特記事項(_____)	
世帯区分	生活保護世帯・市民税非課税世帯 ひとり親世帯			保険証 記号番号	
保護者以外 緊急連絡先	住所 氏名		電話 続柄		

利用の内容等

利用の内容	1 ショートステイ 2 トワイライトステイ
利用希望施設	
利用期間	年 月 日(時 分) ～ 年 月 日(時 分)
利用の理由	保護者の疾病 ・ 育児疲れ ・ 冠婚葬祭等 ・ その他(_____)
送迎者	送り:氏名 電話 迎え:氏名 電話
親権者の同意	父 (あり ・ なし) 母 (あり ・ なし) その他(続柄: _____ あり ・ なし)

子育て短期支援事業の利用を申請するにあたり、利用料の算定のため世帯の課税状況について調査することに同意します。
 また、申請書記載の情報について、事業受託者に提示することに同意します。

申請者 _____ 印 _____