

安芸市子育て短期支援事業利用申請書

年 月 日

安 芸 市 長 様

住所 (保護者)	
氏名 (保護者) 印	
電話	児童との続柄

子育て短期支援（ショートステイ）事業を利用したいので、下記のとおり申請します。
申請にあたり、保護者負担金を決定するために必要な世帯全員の課税状況及び家族状況等について調査することを承諾します。
また、本事業の利用調整にあたり、必要な情報（利用理由、家族の状況、課税状況、利用者の状況等）について、利用希望施設等へ提供することに同意します。

	児童①				児童②				児童③									
ふりがな																		
児童氏名																		
生年月日	年 月 日生				年 月 日生				年 月 日生									
年齢・性別	歳 (男・女)				歳 (男・女)				歳 (男・女)									
利用希望施設	1. 高知聖園ベビーホーム 2. 愛童園 3. 愛仁園 4. 博愛園 5. 子供の家				1. 高知聖園ベビーホーム 2. 愛童園 3. 愛仁園 4. 博愛園 5. 子供の家				1. 高知聖園ベビーホーム 2. 愛童園 3. 愛仁園 4. 博愛園 5. 子供の家									
利用予定 期間等	年 月 日 (AM・PM) 時 食事(朝・昼・夕) 〃 年 月 日 (AM・PM) 時 食事(朝・昼・夕) (日間)				年 月 日 (AM・PM) 時 食事(朝・昼・夕) 〃 年 月 日 (AM・PM) 時 食事(朝・昼・夕) (日間)				年 月 日 (AM・PM) 時 食事(朝・昼・夕) 〃 年 月 日 (AM・PM) 時 食事(朝・昼・夕) (日間)									
宿泊、土日 祝日の利用	宿泊	有	無	土日 祝日	有	無	宿泊	有	無	土日 祝日	有	無	宿泊	有	無	土日 祝日	有	無
利用理由	1 疾病 誰() 病名() 2 出産 予定日(年 月 日) 3 看護 氏名() 病名() ※保護者との続柄() 4 事故 誰() 5 災害 誰() 6 冠婚葬祭 氏名() ※保護者との続柄() 7 転勤 誰() 8 出張 誰() 9 学校等の公的行事(具体的に:) 10 その他 { }																	
家族の状況	氏 名				年齢	児童との 続柄	勤務先、就学状況等											
送迎をする者	氏名() *児童との続柄()																	
保護者以外の 緊急連絡先	氏名() 児童との続柄() ☎()							氏名() 児童との続柄() ☎()										
保険	種 類() 記号・番号()																	
児童の状況	別紙のとおり																	

市記入欄

課税状況	1. 生活保護世帯 2. 住民税非課税世帯 3. その他の世帯
利用の可否	可 ・ 否 （理由）
備考	