

様式第1号（第5条関係）

子育て短期支援事業利用申請書

年 月 日

厚真町長 様

申請者 住所
氏名

下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

※世帯累計欄、生活保護受給欄、市町村民税課税状況欄、申請理由欄は、該当する□にレ印を付けてください。

世帯構成 (利用を希望する児童に○印を記入)	氏名	続柄 (対象児童から見て)	性別	生年月日	年齢	勤務先・学校等
			男・女			
			男・女			
			男・女			
			男・女			
住所	〒 —					
電話番号						
アドレス						
緊急連絡先	連絡先①		電話番号			
	連絡先②		電話番号			
世帯分類	<input type="checkbox"/> 母子家庭 <input type="checkbox"/> 父子家庭 <input type="checkbox"/> 母子・父子以外の養育者家庭 <input type="checkbox"/> その他の家庭					
生活保護受給	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		市町村民税課税状況		<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	
申請理由	ショートステイ	<input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 育児疲れ・育児負担 <input type="checkbox"/> 慢性疾患児の看病疲れ <input type="checkbox"/> 出産看護 <input type="checkbox"/> 事故 <input type="checkbox"/> 災害 <input type="checkbox"/> 失踪 <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭 <input type="checkbox"/> 転勤・引越 <input type="checkbox"/> 出張 <input type="checkbox"/> 学校等の公的行事 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	トワイライトステイ	<input type="checkbox"/> 夜間就業 <input type="checkbox"/> 夜間の通院 <input type="checkbox"/> その他 ()				
利用時間	利用区分 (○印を記入)	利用期間				利用施設
	シ・ト・ト宿	年 月 日 時～	年 月 日 時	(日間)		
	シ・ト・ト宿	年 月 日 時～	年 月 日 時	(日間)		
	シ・ト・ト宿	年 月 日 時～	年 月 日 時	(日間)		
同意書						
この申請書に記載した保護者及び同居世帯の課税内容等について負担金の算定等のために必要である場合には、 課 担当者がその内容を確認することに同意します。						
同意者 (申請者) 氏名			印 (自署押印不要)			

添付書類

※健康保険証の写し

※診断書 (町長が必要と認める場合)