

年 月 日

子育て短期支援事業利用申込書

芳賀町長 様

住 所
申請者 氏 名
電話番号

芳賀町子育て短期支援事業実施要綱第4条の規定に基づき、子育て短期支援事業を利用したいので、次のとおり申込みます。

なお、利用を承認するに当たり、前年度分の課税状況等に関する調査を行うこと、また、この申請書に記入された事項及び調査した内容等について、実施施設等へ通知することに同意します。

児 童	住所			
	ふりがな 氏名	(男・女)	(男・女)	
	生年月日	年 月 日 (満 歳)	年 月 日 (満 歳)	
	学校名等	幼稚園・保育園 小学校・その他 (年生)	幼稚園・保育園 小学校・その他 (年生)	
保 護 者	住所		保 護 者 の 利 用	有・無
	ふりがな 氏名	(男・女)	※有の場合 (男・女)	

	生年月日	年 月 日 (満 歳)	年 月 日 (満 歳)
	児童との 続柄		
	電話番号		
緊急 連絡 先	ふりがな 氏名	(男・女)	(男・女)
	児童との 続柄		
	電話番号		
健康状態			
利用区分		1 短期入所生活援助(ショートステイ) 2 夜間養護等(トワイライトステイ)	
利用(期間延長)の理由		ア 疾病 イ 妊娠・出産 ウ 看護 エ 災害 オ 出張 カ 育児疲れ キ 冠婚葬祭 ク その他()	
利用希望期間		年 月 日(曜日)(午前・午後 時)から 年 月 日(曜日)(午前・午後 時)まで	
利用希望施設			
世帯区分		1 市町村民税非課税世帯 2 その他の世帯	

※芳賀町にその年の1月1日に住所のなかった方(ただし、1月から5月の利用申請の場合は、前年の1月1日に住所がなかった方)は、前住所地での市町村民税の課税状況がわかる資料を添付してください。