

原村子育て支援短期支援事業利用申請書

原村長

様

住 所

氏名(保護者)

連絡先(電話)

原村子育て支援短期入所事業実施要綱に基づき、次のとおり利用の申請をします。

また、費用負担を決定するうえで、世帯状況及び課税資料を閲覧することに同意します。

対象児童名	生年月日		(歳)
	生年月日		(歳)
利用を必要とする理由	疾病・出産・介護・事故・災害・冠婚葬祭・育児不安 その他()		
利用事業種類	<input type="checkbox"/> ショートステイ		<input type="checkbox"/> トワイライトステイ
利用期間	～ まで 日間		～ まで 時間
世帯状況	氏名	生年月日	続柄
緊急連絡先	氏名	続柄	電話
児童の状況(心身状況、在園・在学状況等)			
特記事項			
生活保護受給の有無	1 受けている		2 受けていない
市町村民税の課税状況	1 非課税		2 課税