

紀宝町子育て短期支援（ショートステイ）事業利用申請書

年 月 日

紀宝町長 様

住 所  
申請者 氏 名  
電 話

子育て短期支援（ショートステイ）事業の利用について、紀宝町子育て短期支援（ショートステイ）事業実施要綱第7条第1項の規定に基づき、次のとおり申請します。

利用児童等の状況	ふり 氏 がな 名	生年月日(満年齢)	性別	健康状態
		( 歳)		
		( 歳)		
家族の状況	氏 名	生年月日(満年齢)	続柄	職業・就学の状況
		( 歳)		
		( 歳)		
		( 歳)		
		( 歳)		
利用を希望する理由				
利用希望期間	年 月 日 ~ 年 月 日 ( 日間)			
利用期間中の連絡先	氏 名	続柄	電 話	
生活保護適用の有無	<input type="checkbox"/> 適用なし <input type="checkbox"/> 適用あり( 年 月 日保護開始) <input type="checkbox"/> 申請中			
備 考				

※保護者等が、本年(利用開始日が4月1日から6月30日までにある場合は、前年)1月1日に他の市町村に住所を有していた場合は、その市町村長が発行する市町村民税課税証明書を添付してください。