

高森町長 様

〈申込者〉

住 所 高森町

氏 名

印

高森町子育て短期支援事業利用申込書

高森町子育て短期支援事業実施要綱に基づき、事業を利用したいので次のとおり申込みをします。  
なお、利用負担金の決定にあたり、私の世帯の家庭の状況及び課税の状況を調査すること並びに施設に入所中は当該施設の指示に従うことに同意します。

利用児童	ふりがな 氏名	(性別 男・女)	生年月日	年 月 日 ( 歳)
	住所	高森町		
	就学等の状況			
	健康状態等			
保護者	氏名		児童との続柄	
	住所	高森町 (電話番号 - )		
連絡先	保護者 (自宅・勤務先)		保護者以外の緊急連絡先 ① ②	
希望する事業	<input type="checkbox"/> 短期入所生活援助 (ショートステイ) 事業 <input type="checkbox"/> 夜間養護等 (トワイライトステイ) 事業			
必要とする理由	<input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 看護 <input type="checkbox"/> 事故 <input type="checkbox"/> 災害 <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭 <input type="checkbox"/> 転勤 <input type="checkbox"/> 出張 <input type="checkbox"/> 公的行事 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
希望する期間	年 月 日 時 分から 月 日 時 分まで 年 月 日 時 分から 月 日 時 分まで 年 月 日 時 分から 月 日 時 分まで 計 日間			
利用施設				
特記事項	オムツ使用 (有・無)      朝食・昼食・夕食 (要・不要)			

審査欄

<input type="checkbox"/> 生活保護世帯	<input type="checkbox"/> 町民税非課税世帯	<input type="checkbox"/> ひとり親世帯	<input type="checkbox"/> その他の世帯
---------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	---------------------------------