

中川村子育て支援短期利用事業申請書

年 月 日

中川村長 様

申込者 住 所
氏 名 ⑩
電話番号 — —

中川村子育て支援短期利用事業実施要綱に基づき、下記のとおり利用を申請します。

また、利用者負担金の決定に当たり、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ついて同意します。

記

(ふりがな) 対象児童	生年月日	年 月 日 歳
	生年月日	年 月 日 歳
利用を必要とする理由	疾病・出産・看護・事故・災害・冠婚葬祭・育児疲れ、不安 その他（ ）	
利用期間	年 月 日 時 分から 年 月 日 時 分まで（ 日間）	
希望事業	<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	
使用施設名	たかずやの里 ・ 慈恵園 ・ 風越寮 ・ 風越乳児院	
世帯の状況	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> その他世帯 <input type="checkbox"/> 母子・父子・養育者世帯	
村民税の課税状況	<input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税	

世帯状況	氏名	生年月日	続柄	備考（勤務先等）
		・		
		・		
		・		
		・		
		・		
緊急連絡先	第1	氏名	(続柄) () TEL	
	第2	氏名	(続柄) () TEL	
在園・在学 状況等	保育所・小学校・中学校・高校・その他 ()			
健康状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 病気あり <input type="checkbox"/> 障がいあり (病名、障がい名) 【詳細】			
特記事項				