

子育て短期支援事業利用申請書

年 月 日

岩見沢市長 様

申請者（保護者）

住 所

氏 名

（電話番号 - - ）

岩見沢市子育て短期支援事業実施要綱第6条第1項の規定により、次のとおり申請します。

児 童	フリガナ		続柄	性別	生年月日	
	氏名			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日生 歳	
	健康状態				学校名等	
	1 特に異常なし 2 ()					
保 護 者	勤務先	(電話)				
	緊急時 連絡先	(電話)				
世 帯 の 状 況 区 分	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯等（市町村民税非課税の母子・父子世帯含む。） <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯（母子・父子世帯・養育者世帯除く。） <input type="checkbox"/> 母子・父子世帯又は養育者世帯（市町村民税非課税の母子・父子世帯除く。） <input type="checkbox"/> 上記以外の世帯					
そ 世 の 帯 他 状 同 況 居	入所児 童との 続柄	氏名	生年月日	性別	職業 (勤務先等)	前年度分(年度分) 市町村民税課税の 有無
				男・女		有・無
				男・女		有・無
				男・女		有・無
利用期間	年 月 日 ~ 年 月 日の 日間					
申請理由 (理由を具体的に 記入してくださ い。)	1 疾病 2 出産 3 看護 4 事故 5 災害 6 冠婚葬祭 7 失踪 8 転勤 9 出張 10 学校等の公的行事への参加 11 その他 ()					

市が利用料金の決定に必要な市町村民税の情報（同一世帯者を含む。）及び世帯情報を閲覧すること及びその情報に基づき決定した利用料金を児童養護施設等に対して提示することについて同意します。

申請者（保護者）氏名 _____

※申請の際、あなたの世帯の状況により、生活保護受給証明書等を添えて提出してください。