

長浜市子育て短期支援事業利用申込書

令和 年 月 日

長浜市長 様

保護者

住所 長浜市

氏名 (児童との続柄)

長浜市子育て短期支援事業実施要綱第6条の規定により、子育て短期支援事業の利用を申し込みます。

利用する事業 (いずれかの印)	<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		
ふりがな 児童の氏名	(性別 男・女)		
児童の住所			
児童の生年月日	年 月 日 (満 歳)	保育所(園) 幼稚園・学校	
児童の健康状態			
利用を希望する 期間	年 月 日 時 ~ 年 月 日 時		
利用する理由	※できるかぎり具体的にお書きください。		
緊急時の連絡先 (電話番号)	申請者以外の場合はその氏名 _____ (昼間) (夜間)		

備考

- 1 当該年度の課税基準日(1月1日)に長浜市に住民登録ない場合等、長浜市において税情報の閲覧ができない場合は、前住所地の市区町村が発行する当該年度の課税(非課税)証明書を添付してください。
- 2 養育又は保護の期間が終了し、又は解除されたときは、指定の日時に必ず児童の身柄を引き取ってください。

利用料金の決定にあたって、長浜市が保有する世帯の住民基本台帳及び市民税課税台帳の閲覧に同意します。

署名 _____

審査欄(世帯状況)

<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------