

音更町子育て短期支援事業利用申請書

年 月 日

音更町長 宛て

申請者 住 所 _____

ふりがな
氏 名 _____ 印

利用児童との続柄 _____

子育て短期支援を利用したいので、音更町子育て短期支援事業実施要綱第5条第1項の規定に基づき次のとおり申請します。

また、利用料の算定のために必要な世帯、課税状況等について公簿等を閲覧又は調査することに同意します。

対象児童名等	ふりがな	生 年 月 日			年 齡	性 別				
	氏 名	年 月 日			歳	男・女				
【緊急時の連絡先（確実に連絡がとれるところ）を記入してください】										
氏 名（ふりがな）	続 柄	生 年 月 日	年 齡	性 別	勤務先等の名称					
		年 月 日	歳	男・女	勤自 (TEL -)					
		年 月 日	歳	男・女	勤自 (TEL -)					
		年 月 日	歳	男・女	勤自 (TEL -)					
申請理由 〔該当する理由に〇印を付け、具体的な理由を記入してください〕	傷病 ・ 出産 ・ 災害 ・ 看護 ・ 育児疲れ ・ 育児不安 慢性疾患児の看病疲れ ・ その他 (具体的な理由)									
希望する利用期間	年 月 日 () 時から		年 月 日 () 時まで [] 日間							
児童の送迎者	送り → 父・母・その他 () 迎え → 父・母・その他 ()									
※音更町処理欄	承 認	承認理由番号	1	2	3	4	5	不承認	利用料軽減対象の有無	有 ・ 無