

乳幼児ショートステイ施設利用申請書

年 月 日

福生市長 あて

住所

申請者

氏名

電話

次のとおり乳幼児ショートステイ施設を利用したいので申請します。

利用する児童	フリガナ 氏名	性別 男・女	年 月 日生（ 歳）
	保育園・幼稚園		
児童	フリガナ 氏名	性別 男・女	年 月 日生（ 歳）
	保育園・幼稚園		
利用期間	年 月 日（ ） 時 分～ 年 月 日（ ） 時 分 ( 日間)		
申請理由	1 疾病 2 出産 3 看護 4 失踪 5 冠婚葬祭 6 転勤 7 出張 8 学校 行事への参加 9 育児不安 10 育児疲 れ 11 その他	病名、発生年月日、入院先等具体的に書いてください。	
緊急連絡先	氏名	電 話	
	児童との続柄		
利用する児童の健康状態	良好・その他（ ） 日常、特に注意すること		
生活保護受給の有無		有 ・ 無	
<p>申請に係る住民情報について、市の公簿等で調査、確認することに同意します。また、乳幼児ショートステイの利用を受けたときは、利用期間が終了しだい、必ず責任をもって児童を引き取ります。なお、児童の入所中は施設の指示に従い、一切御迷惑をおかけしないことを誓約いたします。</p> <p style="text-align: right;">氏 名 <span style="float: right;">㊟</span></p>			

減 額 確 認	決 定	年 月 日	課長	係長	係員
	承認通知書	年 月 日			
	不承認通知書	年 月 日			