

子育て短期支援事業申請書

年 月 日

福 山 市 長 様

住 所

名 前

児童との
続 柄

電話番号

子育て短期支援事業実施要綱に基づき、次のとおり申請します。なお、保護者負担額決定のため、世帯状況及び税関係の調査を私の世帯に対し実施することに同意します。

児 童 名		(男 ・ 女)
生 年 月 日		年 月 日 (歳)
申 請 の 理 由		
勤 務 先 等	名 称	
	所 在 地	
	電 話 番 号	
	勤 務 時 間	
利用（見込）の期間		年 月 日 () ~ 年 月 日 () (日間)
児 童 の 健 康 状 態		
希 望 施 設 等		☐ 施設 () ☐ 里親 ☐ どちらでもよい
世 帯 状 況		生活保護世帯 母子・父子家庭等 市町村民税非課税世帯 その他

※実施決定の場合、申請書に記載された事項（勤務先等及び世帯状況以外）について実施施設等に通知します。