

子育て短期支援事業利用申請書

年 月 日

由布市長 様

申請者 住所
氏名
電話番号
利用者との続柄

由布市子育て短期支援事業実施要綱第7条の規定により、次のとおり申請します。
なお、負担金の決定のため、必要に応じて住民基本台帳、課税台帳等公簿の閲覧を行うことに同意します。

ふりがな		性別	男・女	生年月日	(歳) 年 月 日
利用者氏名					
利用者の区分	(該当する番号に○をつけてください。) 1 2歳児未満児 2 慢性疾患児 3 2歳児以上 4 親子入所利用の親 5 緊急一時保護の親 6 入所希望児				
申請理由	(該当する番号に○をつけてください。) 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 育児疲れ等 12 母子等の緊急一時的な保護 13 仕事 14 その他				
	(上記の理由を具体的に記入してください。)				
利用期間	年 月 日 時 分から 年 月 日 時 分まで (日間)				
利用者の健康状態等留意すべき点					
世帯の状況	(該当する番号に○を付けてください。) 1 生活保護世帯・市民税非課税のひとり親世帯 2 市民税非課税世帯・ひとり親世帯・養育家庭 3 その他の世帯				
緊急時の連絡方法					
事業の種類	<input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> トワイライトステイ (基本分・宿泊分) <input type="checkbox"/> 休日預かり <input type="checkbox"/> 送迎支援 (入所時・退所時)				

注 本年1月2日以降に由布市に転入された方は、1月1日時点の住所地での本年度(4月から6月までの間に申請する場合は前年度)の市町村民税の課税状況がわかるものを添付してください。