

# 鯖江市子育て短期支援事業申請書

年 月 日

鯖江市長 殿

(申請者) 住所

氏名

電話

次のとおり、鯖江市子育て短期支援事業を利用したいので申請します。なお、利用料世帯区分の判定のために、私の市民税課税状況について貴市課税台帳の確認を行うことを承諾します。

区 分	1 短期入所生活援助(ショートステイ)事業 2 夜間養護等(トワイライトステイ)事業			
利用児童	ふりがな 氏 名 (男・女)	生年月日 年 月 日生れ ( 才)		
利用期間	年 月 日 ( ) 午前・午後 時 から 年 月 日 ( ) 午前・午後 時 まで ( 日間・ か月間)			
申込理由				
緊急時の 連絡先	(氏名・名称など)		電話	
健康状態 注意事項	(持病・食物アレルギーなど)		通園・通学先	
家族 構 成	氏名	利用児童 との続柄	年齢	勤務先 (名称・電話)
添付 書類	○健康保険証の写し ○利用料世帯区分の市民税非課税世帯に該当する方で、鯖江市において市民税課税状況の確認 のできない方は確認のできる書類			