

別 記

第 1 号様式（第 7 条第 1 項関係）

白井市子育て短期支援事業利用申請書

年 月 日

（宛先）白井市長

申請者 住所 _____

氏名 _____ 印

電話番号 _____

白井市子育て短期支援事業を利用したいので、次のとおり申請します。

事業名	ショートステイ（短期入所生活援助）			
対象児童名	氏 名	生年月日	続柄	保育所等
利用期間	年 月 日 時 ～ 年 月 日 時（日間）			
申請理由	1 疾病・けが 2 育児疲れ 3 育児不安 4 出産 5 看護 6 事故 7 災害 8 失踪 9 冠婚葬祭 10 出張 11 その他（ ）			
世帯区分	1 生活保護被保護者世帯 2 市町村民税非課税世帯 3 その他の世帯			
市民税確認承諾書				
利用者負担額の算定に必要な、私の課税状況を確認することを承諾します。				
氏名 _____ 印				
氏名 _____ 印				

備考 1 生活保護受給世帯の方は、その旨を証する書類を添付してください。

2 裏面もご記入ください。

同居家族の状況	氏名	続柄	生年月日	年齢	勤務先・学校名	

緊急連絡先

連絡先 (関係) 電話

連絡先 (関係) 電話