

別 記

第 1 号様式（第 7 条関係）

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 _____ ㊟

電話番号 _____

白井市子育て短期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	氏 名	生年月日	続柄	保育所等
利用期間	年 月 日 ～ 年 月 日（ 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

第2号様式（第7条関係）

白井市子育て短期支援事業利用可否決定通知書

年 月 日

様

白井市長

印

年 月 日付で申請のあった白井市子育て短期支援事業の利用について、次のとおり決定しましたので通知します。

1 利用を認める

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 ～ 年 月 日（日間）			
利用料	円			

2 利用を認めない

（理由）

教示

- この決定に不服がある場合には、この決定があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に、白井市長に対し異議申立てをすることができます。
- この決定については、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内に、白井市を被告として（訴訟において白井市を代表する者は白井市長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます（なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内であっても、この決定の日から起算して1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。ただし、上記1の異議申立てをした場合は、当該異議申立てに対する決定があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内に、処分の取消しの訴えをすることができます。

第3号様式（第7条関係）

白井市子育て短期支援事業利用中止・変更申請書

年 月 日

（宛先）白井市長

申請者 住所 _____

氏名 _____ ㊟

電話番号 _____

年 月 日付け 第 号で利用決定をした白井市子育て短期支援事業の利用内容について、中止・変更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	氏名	生年月日	続柄	保育所等
中止・変更の理由				
変更内容	<input type="checkbox"/> 利用期間の変更			
	変更前	年 月 日	時 分	から
		年 月 日	時 分	まで
	変更後	年 月 日	時 分	から
		年 月 日	時 分	まで
	<input type="checkbox"/> その他の変更			
	変更前			
	変更後			
<input type="checkbox"/> 利用の中止				
利用申請して	年 月 日	時 分	から	
いた期間	年 月 日	時 分	まで	

第4号様式（第7条関係）

白井市子育て短期支援事業利用中止・変更可否決定通知書

年 月 日

様

白井市長

印

年 月 日付けで申請のあった白井市子育て短期支援事業の利用中止・変更について、次のとおり決定したので通知します。

1 中止・変更を認める

事業名	ショートステイ（短期入所生活援助）			
対象児童	氏名	生年月日	続柄	保育所等
変更内容	<input type="checkbox"/> 利用期間の変更			
	変更前	年 月 日	時 分 から	
		年 月 日	時 分 まで	
	変更後	年 月 日	時 分 から	
		年 月 日	時 分 まで	
	<input type="checkbox"/> その他の変更			
	変更前			
変更後				
利用申請して いた期間	<input type="checkbox"/> 利用の中止			
	利用申請して	年 月 日	時 分 から	
いた期間	年 月 日	時 分 まで		

2 中止・変更を認めない

理由

教示

- この決定に不服がある場合には、この決定があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に、白井市長に対し異議申立てをすることができます。
- この決定については、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内に、白井市を被告として（訴訟において白井市を代表する者は白井市長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます（なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内であっても、この決定の日から起算して1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。ただし、上記1の異議申立てをした場合は、当該異議申立てに対する決定があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内に、処分の取消しの訴えをすることができます。

第5号様式（第10条関係）

白井市子育て短期支援事業利用取消通知書

年 月 日

様

白井市長

印

年 月 日付け 第 号で利用決定をした白井市子育て短期支援事業の利用について、次のとおり取り消しましたので通知します。

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 ～ 年 月 日（ 日間）			
理由				

教示

- 1 この決定に不服がある場合には、この決定があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に、白井市長に対し異議申立てをすることができます。
- 2 この決定については、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内に、白井市を被告として（訴訟において白井市を代表する者は白井市長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます（なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内であっても、この決定の日から起算して1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。ただし、上記1の異議申立てをした場合は、当該異議申立てに対する決定があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内に、処分の取消しの訴えをすることができます。

第6号様式（第11条関係）

白井市子育て短期支援事業利用終了報告書

年 月 日

（宛先）白井市長

実施施設 所在地 _____

名 称 _____

代表者氏名 _____ ㊟

電話番号 _____

次のとおり終了しましたので報告します。

事業名	ショートステイ（短期入所生活援助）			
対象児童	氏 名	生年月日	続柄	保育所等
利用期間	年 月 日 ～ 年 月 日			
利用者負担額	円× 日＝ 円			
入所中の概要				