

(宛先) 秋田市長

申請者(保護者)住 所 秋田市

氏 名

電話番号

短期入所生活援助(ショートステイ)事業利用申請書

次のとおり、短期入所生活援助(ショートステイ)事業の利用を申し込みます。
 なお、利用料の算定のために必要があるときは、保護者の課税状況について、秋田市
 市民税課に照会することを承諾します。

対象児童	氏 名			申請者との続柄	
	生年月日			性 別	男 ・ 女
	保育園・幼稚園・学校名等				
利用の理由	<input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 看護 <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭 <input type="checkbox"/> 事故 <input type="checkbox"/> 災害 <input type="checkbox"/> 出張 <input type="checkbox"/> その他()				
利用希望施設	秋田赤十字乳児院 ・ 感恩講児童保育院 ・ 聖園天使園 ・ 秋田わかばハイム				
利用期間	年 月 日 時 ~ 年 月 日 時				
同居の家族の状況	氏 名	続柄	生 年 月 日	勤 務 先 等	市民税課税の有無
			・ ・		有・無
			・ ・		有・無
			・ ・		有・無
			・ ・		有・無
緊急時の連絡先	氏名			申請者との続柄	
	住所	☎			
生活保護	適用なし ・ 適用あり (年 月 日開始) ・ 申請中				