様式３号

子育て短期支援事業利用申請書

年　　月　　日

熊 本 市 長　　宛

申請者　住所　熊本市
氏名
（TEL：　　－　　－　　）

下記のとおり子育て短期支援事業の利用を申請します。

ふりがな 児童名	男 女（　　歳）	施設名	
利用の理由	□保護者の疾病　□育児ノイローゼ　□出産　□就労　□その他（　　）		
利用期間	年　　月　　日 ～　　年　　月　　日（　　）泊・日		
緊急連絡先	（TEL：　　－　　）		
児童の 就学等の状況	保育所・幼稚園・学校等の名称 （　　）　学年等（　　）		
児童の健康 状況等	健康状態（　　強健・普通・病気がち　　）		
	既 往 症　　有（病名；　　） 無		
	服薬　　有（薬の名前　　） 無		
	アレルギー　　有（　　） 無		
	その他の特記事項（　　）		
家 庭 状 況	生活保護・住民税非課税・母子家庭・父子家庭・その他の世帯		
被保険者証	社保・国保・その他	記号	番号
施設確認欄	利用期間；　　年　　月　　日～　　年　　月　　日（　　）泊・日		
区　　分	ショートステイ・トワイライトステイ（夜間）・トワイライトステイ（休日）		
備　　考			

様式３号の２

子育て短期支援事業利用申請書

年　　月　　日

熊 本 市 長　　宛

申請者　住所　熊本市
氏名
（TEL：　　－　　－　　）

下記のとおり子育て短期支援事業の利用を申請します。

施設名	

ふりがな 氏名	続柄	生年月日	年齢	性別	勤務先・保育所や学校等・電話番号 ・その他健康状態など特記事項

利用の理由					
利用期間	年　月　日～　年　月　日（　）泊・日				
緊急連絡先	（TEL：　　－　　）				
家 庭 状 況	生活保護・住民税非課税・母子家庭・父子家庭・その他の世帯				
被保険者証	社保・国保・その他	記号		番号	
施設確認欄	利用期間；　年　月　日～　年　月　日（　）泊・日				
備　考					