様式１号

子育て短期支援事業登録申請書

　　年　　月　　日

熊　本　市　長　　宛

申請者　　〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所　熊本市

氏名 　　　電話番号（　　　　　－　　　　　－　　　　　）

　下記のとおり、子育て短期支援事業への登録を申請します。

　なお、当事業の決定に必要な市町村民税関係の調査が行われることに同意します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 登録希望者名※この欄に保護者を記載した場合は、下記登録希望者以外の同居人の欄にも保護者を記載すること。 |  | 生年月日 | 　　　年　　　　月　　　　日 |
| 年齢・性別 | （　　　　　）歳　　　男　・　女 |
|  | 生年月日 | 　　　年　　　　月　　　　日 |
| 年齢・性別 | （　　　　　）歳　　　　男　・　女 |
|  | 生年月日 | 　　　 　年　　　　月　　　　日 |
| 年齢・性別 | （　　　　　）歳　　　　男　・　女 |
|  | 生年月日 |  年　　　　月　　　　日 |
| 年齢・性別 | （　　　　　）歳　　　　男　・　女 |
|  | 生年月日 |  年　　　　月　　　　日 |
| 年齢・性別 | （　　　　　）歳　　　　男　・　女 |
| 登録希望者以外の同居人 | 氏名 | 児童との続柄 | 生年月日 | 個人番号（今年の１月１日に住民票登録が市外の方のみ記入） |
|  |  | S･H･R 　 年 　 月 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | S･H･R 　 年 　 月 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | S･H･R 　 年 　 月 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | S･H･R 　 年 　 月 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | S･H･R 　 年 　 月 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | S･H･R 　 年 　 月 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 登録希望施設等又は里親 | ※希望する施設等に〇をご記入ください。２歳未満の児童：・慈愛園乳児ホーム　・熊本乳児院　２歳以上の児童：・龍山学苑　・藤崎台童園　・慈愛園子供ホーム　・菊水学園　・広安愛児園親子で利用の場合：・母子生活支援施設（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 登録申請期間 | 令和　　　年　　　月　　　日　　から　　令和　　　年　　　月　　　日 |
| 登録理由 | ※　該当する項目にチェックをご記入ください。* 保護者の疾病
* 出産（出産・入院（予定）期間　　　 年 　　　月 　　日　～　　　年　 　月　 　日まで）
* 看護、事故、災害、失踪等の家庭養育上の事由
* 冠婚葬祭、学校等の公的行事への参加など社会的な事由

　（行事名：　　　　　　　　　　　　　）　（期日：　　　年　　　　月　　　　日）* 就労、出張等（勤務先：　　　　　　　　　　　）就労時間（　　　：　　　～　　　：　　　）
* 保護者の育児疲れ、慢性疾患児の看病疲れ、育児不安などの身体上又は精神上の事由
* 児童自身が一時的に保護者等と離れることを希望する
* レスパイト・ケア等が必要であるため親子で利用することを希望する
* 経済的問題等により一時的に親子の保護を希望する
* その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
 |
| 家庭状況 | 生活保護・市町村民税非課税・母子家庭・父子家庭・その他の世帯 |
| 登録・利用希望事業 | * ショートステイ
* トワイライトステイ（夜）
* トワイライトステイ（休日）
 | 添付書類 | * 就労（予定）証明書　□　出張証明書
* 診断書　　　□　母子健康手帳（写し）
* その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　）
 |