

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 干  
 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及び児童の状況連絡票を登録施設へ提供することに同意します。

希望施設名																			
登録申請期間		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで																	
登録理由		就労・その他 ( )																	
<small>(ふりがな)</small> 児童名		生年月日			年 月 日 ( 歳)														
		性別			男・女														
世帯構成員	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													
母の状況	就労	無・有(勤務先名称 )			就労時間			時 分～ 時 分											
	その他	勤務先電話番号 ( ) 休日・時間外就労 有・無																	
父の状況	就労	無・有(勤務先名称 )			就労時間			時 分～ 時 分											
	その他	勤務先電話番号 ( ) 休日・時間外就労 有・無																	
祖父の母状況	父方	(同居・別居 → 市内・市外)			保育不可の理由			高齢・遠方・就労・疾病( )											
	母方	(同居・別居 → 市内・市外)			保育不可の理由			高齢・遠方・就労・疾病( )											
家庭状況		生活保護・市町村民税非課税・母子家庭・父子家庭・一般世帯																	
ショート・トワイライト(夜)・トワイライト(休)				添付書類		・就労証明書・出張証明書・採用予定証明書													
児童の疾病 有 無				備考		・診断書・母子健康手帳写し													
有の場合:病名( )						・その他( )													

本人  マイナンバーカード  運転免許証・パスポート/通知カード・番号付き住民票

確認

その他 ( )

児童の状況連絡票

年 月 日

ふりがな 児童名	男 女 ( 歳)		生年月日		年 月 日
緊急連絡先	氏名	続柄	住所		
			TEL ;	-	-
利用の理由	<input type="checkbox"/> 保護者の疾病 <input type="checkbox"/> 育児ノイローゼ <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
利用期間 (利用申請時の み記載)	年 月 日～		年 月 日		
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 ( 健康・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・一般世帯				
被保険者証	社保・国保・その他	記号		番号	
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					