

様式第1号（第6条関係）

子育て短期支援事業利用申請書

年 月 日

庄内町長 宛

申請者（保護者等） 住所  
氏名  
電話

次のとおり、庄内町子育て短期支援事業の利用を申請します。

支 援 事 業 区 分		短期入所生活援助事業・夜間養護等事業					
世 帯 区 分		母子家庭・父子家庭・その他( )					
生活保護適用の有無		有( 年 月 日から) ・ 無					
区 分	氏 名	性別	続柄	生年月日	職業・学校	同居の有無	備 考
対 象 の 児 童 等			本人			有・無	
						有・無	
						有・無	
世帯員							
申 請 事 由							
利 用 期 間		年 月 日 時から 年 月 日 時まで ( 日間)					
保護者等の連絡先 (勤務先等)							
児童等の状態等							
※利用者負担額		無(生活保護世帯、母子・父子市町村税非課税世帯) 有(市町村民税非課税世帯、その他の世帯)					
		金額 円× 人× 日＝ 円					

※欄は記入しないでください。

同 意 書	
町がこの支援事業の対象者の要件、利用者負担額等を審査するため、私及び私の世帯員の税務資料及び世帯情報を閲覧すること及び私と対象児童等の情報（この申請書の写しを含む。）を実施施設等に提供することに同意します。	
年 月 日	
申請者（保護者等） 住所 氏名	