

短期支援事業申請書(見本)

福井市長 様

(申請者) 氏名 **福井 花子**
 本人との関係 (母)
 郵便番号 **〇〇〇-〇〇〇〇**
 住所 **福井市〇〇〇〇**
 電話 **〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇**

次のとおり利用したいので申し込みます。

1. ショートステイ (1か月あたり7日間以内)		保護者の利用 について、ど ちらかに○を つけてくださ い。		
宿泊あり (2日間)	宿泊なし (1日間)			
令和8年4月2日9時00分~4月3日18時00分	令和8年4月5日 9時00分~18時00分			
年 月 日 時 分~ 月 日 時 分	年 月 日 時 分~ 時 分			
2. トワイライトステイ (概ね6か月以内) 年 月 日~ 年 月 日				
保護者の利用	希望する	希望しない		
申請理由	申請理由はできるだけ具体的に記入ください。			
利用児童	ふりがな 氏名 ふくい たろう 福井 太郎 (男) 女	生年月日 R3.4.2 (1才 0か月)		
利用する保護者	ふりがな 氏名 (男・女)	続柄 ()	緊急時に必ず繋がる連絡先を申請者以外に1つ以上ご記入ください。	
住所	〒〇〇〇-〇〇〇 福井市〇〇〇	電話	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	
緊急時の連絡先	①氏名: 福井 花男 (父) ②氏名: 福井 一郎 (祖父)	電話	① 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 ② 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	
健康状態 注意事項	(持病・アレルギーなど) 例) 卵アレルギーなど	通園・通学先 〇〇園、〇〇学校等		
家族 構成	氏名	続柄	年齢	勤務先 (名称・電話)
	福井 花男	父	35	〇〇会社 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
	福井 花子	母	36	〇〇会社 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
	ご確認の上 チェックして ください。			
【同意欄】 ※チェック	<input checked="" type="checkbox"/> 市が同一世帯について短期支援事業の利用者負担額の算定に必要な下記の情報を閲覧することについて同意します。 市町村民税の情報、住民基本台帳の世帯情報、生活保護の情報、児童扶養手当の情報、ひとり親家庭等医療費助成の情報等 <input checked="" type="checkbox"/> 申請書の内容を実施施設に提供すること及び児童の健康状態等について市が実施施設から提供を受けることに同意します。			

福井市 記入欄	減免	有 ・ 無	減免区分	生保・児扶・ひとり親・非課税
	実施施設名	福井県済生会乳児院 ほほ咲みの郷・里親 吉江学園 ふくい森の子学園	利用料	円× 日 円

記入不要です