

様式第1号（5関係）

子育て短期支援事業利用申請書

年 月 日

生 駒 市 長 様

申請者 住所

氏名

(電話番号)

子育て短期支援事業を利用したいので、次のとおり申請します。なお、本事業利用決定のために必要な情報を公簿等で確認されることを承諾します。

児 童 氏 名		性 別	男・女	年 齢	歳
申請者と児童の関係					
保 護 者	氏 名	(電話番号)			
	住 所				
利用事業の種類	1 ショートステイ事業 2 トワイライトステイ事業				
利 用 の 理 由					
利 用 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日				
受 入 施 設					
緊 急 連 絡 先	(電話番号)				
世 帯 状 況	1 生活保護世帯 2 市町村民税非課税世帯 3 その他の世帯 (1及び2の世帯にあっては、状況を確認できる書類を添付してください。)				
備 考					

(注) 世帯状況を確認できる書類は、生活保護証明書又は市町村民税非課税証明書とし、市町村民税の非課税証明書については、利用の期間が4月から6月までの場合は前年度分、7月から3月までの場合は当該年度の証明書を添付してください。

職員記入欄	利用事由 が分かる 添付書類 等	疾病、入院、事故、家族の看護等	診断書等	
		出産	母子健康手帳	
		出張・夜間勤務・就労	生駒市子育て短期支援事業出張・就労・夜間勤務証明書	
		災害、冠婚葬祭、公的行事等	事実が分かるもの	
		育児疲れ	医師等の証明又は面談時確認	
		与薬等	医療機関から施設宛の与薬等指示書	
		食物アレルギー・緊急薬・長期管理薬	医療機関からのアレルギー疾患生活管理指導表	

