

様式第1号（第6条関係）

子育て支援短期入所生活援助事業（延長）申請書

年 月 日

（あて先）掛川市長

住所

申請者 氏名

電話

子育て支援短期入所生活援助事業を利用したいので、掛川市子育て支援短期入所生活援助事業実施要綱第6条の規定により次のとおり申請します。

(フリガナ)				性別	男・女
児童の氏名					
生年月日	年 月 日 (歳)	被保険者記号番号			
就学状況	<input type="checkbox"/> 保育園 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 小学生 <input type="checkbox"/> 中学生 <input type="checkbox"/> 高校生 <input type="checkbox"/> その他				
学校名				学年	
保護者以外の 緊急連絡先	氏名			続柄	
	住所			電話	
家庭の状況	<input type="checkbox"/> 母子家庭 <input type="checkbox"/> 父子家庭 <input type="checkbox"/> 養育者家庭				
世帯の状況	氏名	続柄	生年月日	備考（勤務先等）	
健康状態	健康状態	強健 ・ 普通 ・ 病気がち			
	既往症	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし		投薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	アレルギー	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし			
	その他特記事項				
利用予定期間	年 月 日から 年 月 日 (日間)				
備考					