

子育て短期利用事業申込書（新規・変更）

年 月 日

（あて先）社会福祉法人 厚生館福祉会
至誠館さくら乳児院

〒

（申込者）住 所 川崎市 _____ 区 _____

氏 名 _____ ⑩

電 話 _____

下記のとおり、関係書類を添えて次のとおり申請します。

世帯構成（利用を希望する児童について○印をしてください）	ふりがな 氏 名		続柄	性別	生年月日	勤務先名・学校名等	
利用期間	年 月 日 時 分 ~ 年 月 日 時 分						
申込み理由	<input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 育児疲れ <input type="checkbox"/> 慢性疾患児の看病疲れ <input type="checkbox"/> 育児不安 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 看護 <input type="checkbox"/> 事故 <input type="checkbox"/> 災害 <input type="checkbox"/> 失踪 <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭 <input type="checkbox"/> 転勤・引越 <input type="checkbox"/> 出張 <input type="checkbox"/> 学校等の公的行事 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）						
世帯類型	<input type="checkbox"/> 母子家庭 <input type="checkbox"/> 父子家庭 <input type="checkbox"/> 父母以外の養育者家庭 <input type="checkbox"/> その他の家庭						
生活保護受給	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		市県民税課税状況		<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税		
健康状態	お子さんの健康状態や食事など						
緊急時の連絡先	名前	① 母： _____			② 父、（ _____ ）：		
	電話番号	_____				_____	

- 1 申込み理由欄、世帯類型欄、生活保護受給欄、市県民税課税状況欄の該当する□にレ印をつけてください。
- 2 市県民税非課税世帯、生活保護受給世帯、母子・父子家庭、父母以外の養育者家庭の方は、証明する書類（非課税証明、保護証明、住民票等）を添付してください。
- 3 健康診断書を添付してください。