

子育て短期利用事業申込書（新規・変更）

年 月 日

(宛先) 社会福祉法人 厚生館福社会  
至誠館さくら乳児院

〒

(申込者) 住 所 川崎市 \_\_\_\_\_ 区 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

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。

		氏 名 <small>ふりがな</small>	続柄	性別	生年月日	勤務先名・学校名等
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）			本人			
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						
緊急時の連絡先	連絡先	① _____			② _____	
	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、被保護証明、児童扶養手当の証書の写し、住民票等）を添付してください。
- 3 複数児童の利用を申し込みになる場合には、住民票を添付してください。
- 4 健康診断書を添付してください。