

短期入所生活援助（ショートステイ）事業申請書

年 月 日

福 山 市 長 様
(保健福祉局ネウボラ推進部ネウボラ推進課)

住 所 _____

名 前 _____

電話番号 _____

子育て家庭育児支援事業実施要綱に基づき、次のとおり申請します。
なお、一部負担金算定のため、世帯状況及び税関係の調査を私の世帯に対し実施することに同意します。

児 童 名	
生 年 月 日	年 月 日生 (男・女)
申 請 の 理 由	
勤 務 先 等	名 称
	所 在 地
	電 話 番 号
	勤 務 時 間
利用（見込）の期間	年 月 日 ~ 年 月 日
児 童 の 健 康 状 態	
希 望 施 設 等	
世 帯 状 況	生活保護世帯・母子、父子家庭等・市町村民税非課税世帯・その他

※実施決定の場合、申請書に記載された事項について実施施設長に通知します。