第１号様式（第７条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 子育て短期支援事業申請書 | | | | | | | | | | 登録番号 | | |  |
| 年　　月　　日  唐津市長　様  　唐津市子育て短期支援事業実施要綱に基づき、子育て短期支援事業の利用を申請します。 | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者 | | 住所 |  | | | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | | | | |
| 電話 |  | | | | | | | | | | |
| 利用を希望する者(利用者) | | 住所 |  | | | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | 男・女 | | 年　　　月　　　日生 | | | | |
| 氏名 |  | | | | 男・女 | | 年　　　月　　　日生 | | | | |
| 氏名 |  | | | | 男・女 | | 年　　　月　　　日生 | | | | |
| 事 業 の  種 類 | | □　短期入所生活援助（ショートステイ）事業  □　夜間養護等（トワイライトステイ）事業 | | | | | | | | | | | |
| 利用期間 | | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日（　　　日間）  ※ 原則として、７日間以内 | | | | | | | | | | | |
| 申請者の理　　由 | | １ 疾病　２ 出産　３ 看護　４ 事故　５ 災害　６ 冠婚葬祭  ７ 失踪 ８ 転勤　９ 出張　10 公的行事への参加　11 仕事  12 その他（　 ） | | | | | | | | | | | |
| 健康保険の加入状況 | | 記号番号 | | |  | | | 被保険者氏名 | | | |  | |
| 保険者名 | | |  | | | 保険者番号 | | | |  | |
| 利用期間中の緊急連絡先 | | ① | | | | | | | | | | | |
| ② | | | | | | | | | | | |
| 身体の  状況 | 身体の状況を詳しく記入してください。（疾病、障害の有無など） | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 世帯の状況 | 氏名 | | | 性別 | | 生年月日 | | | | | 備　　考 | | |
|  | | | 男・女 | | 年　　月　　日 | | | | |  | | |
|  | | | 男・女 | | 年　　月　　日 | | | | |  | | |
|  | | | 男・女 | | 年　　月　　日 | | | | |  | | |
|  | | | 男・女 | | 年　　月　　日 | | | | |  | | |
|  | | | 男・女 | | 年　　月　　日 | | | | |  | | |
| 同意書  　利用者負担金の決定に際して、住民税課税台帳等を閲覧されることに同意します。  　　唐津市長　様  　　　　　　　　　　　　　　（申請者）氏名 | | | | | | | | | | | | | |