

江東区こどもショートステイ事業利用申込書

年 月 日

江東区長 殿

下記のとおり江東区こどもショートステイ事業を利用したいので申込みます。

申込者				電話番号	()	
住所	江東区					
利用期間	年 月 日 () 時 分から 年 月 日 () ・ 時 分まで ・ 学校送り まで					
実施場所	パークサイド亀島 協力家庭員宅 () ※協力家庭員宅は、病気等のやむを得ない事情により、急きょ利用できなくなる場合があります。あらかじめご了承ください。					
申込理由	<具体的に記入して下さい>					
利用する児童	氏名	フリガナ 男女	年 月 日生 (歳)	学校・保育園・幼稚園名 () 年 組		
	氏名	フリガナ 男女	年 月 日生 (歳)	学校・保育園・幼稚園名 () 年 組		
	氏名	フリガナ 男女	年 月 日生 (歳)	学校・保育園・幼稚園名 () 年 組		
	氏名	フリガナ 男女	年 月 日生 (歳)	学校・保育園・幼稚園名 () 年 組		
児童の健康状態・注意事項	<持病・常備薬・食物や薬のアレルギー・その他注意を要する事項>					
保護者・家族	氏名	続柄	年齢	職業	勤務先 (名称・所在地・電話等)	
緊急時の連絡先	氏名	電話番号	()	続柄	()	
利用児童1名あたりの費用負担 (該当する金額区分に○)	①生活保護受給世帯、中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による給付受給世帯、区長が特に利用が必要と認める世帯		②住民税非課税世帯		③その他の世帯	
	0円		1,500円		3,000円	
減額・免除該当世帯	江東区こどもショートステイ事業実施要綱第15条の規定に基づき費用負担について (減額・免除) を申請します。 署名 _____					
利用要件確認書類 () 確認者 () 区分 (出産 疾病で入院 けがで入院 疾病で通院 けがで通院 自宅療養 看護等 事故 災害 冠婚葬祭 出張 その他)						