

台東区乳幼児ショートステイ事業利用申請書

年 月 日

台東区長 様

台東区乳幼児ショートステイ事業を利用したいので、次のとおり申請します。

乳幼児の氏名等	フリガナ 氏 名		性別	生年月日		月 齢	
				年 月 日		歳 か月	
保護者 (申請者)	住 所						
	フリガナ 氏 名		乳幼児との続柄				
	電話番号		()				
緊急連絡先							
利用区分		乳幼児ショートステイ					
申込理由		1. 就業・出張 2. 出産・疾病 3. 家族の看護・介護 4. 冠婚葬祭・公的行事 5. 育児疲れ・育児不安 6. 事故・災害 7. その他 ()					
利用希望日時		年 月 日 () 午前・午後 時 分～		泊 数	日 数		
		年 月 日 () 午前・午後 時 分					
施 設		日本赤十字社医療センター附属乳児院					
添付書類		母子健康手帳・健康保険被保険者証・乳幼児医療証・ 非課税証明書(※1月1日以降転入の方)・生活保護受給証明書					

同 意 書

私は、当申請に関し、下記の事項に同意します。

記

(1) このサービスを利用するために、私の情報をサービスを提供する児童福祉施設、乳児院等に必要な範囲で提供すること。

(2) 住民税の確認が必要な場合は、必要な範囲で私の世帯の課税台帳を閲覧すること。

(3) 利用初日に利用者負担金を施設に支払うこと。

氏名 _____

※子ども家庭支援センター記入欄

階層区分(一日あたりの利用料金) ※該当区分に○してください。		
課税 (3,000円)	非課税 (1,500円)	生活保護 (免除)

※担当

所 属		担 当 者 名
電 話		