

様式第1号（第6条関係）

年 月 日

大田原市長 様

(申込者)
住 所
氏 名
電話番号

大田原市子育て短期支援事業利用申請書

大田原市子育て短期支援事業実施要綱第6条の規定により、次のとおり申請します。
また、利用者負担額算定のため、私及び私の世帯員の市民税課税状況を確認することに同意します。

対象児童	フリガナ		男・女	生年月日	年 月 日 (歳)		
	氏 名						
	学校名等		学年等				
保護者	フリガナ		続柄	年齢		歳	
	氏 名						
	勤務先	(電話番号)					
	緊急時の連絡先	(電話番号)					
申込理由							
利用施設名							
利用期間		年 月 日から 年 月 日まで (日間)					
児童の特記事項							

- 1 利用期間は、原則として7日間です。
- 2 申込理由は、詳細に記入してください。
- 3 児童の特記事項については、持病（服薬等）、性格、癖などについて記入してください。
- 4 保護者の緊急時の連絡先は、市及び利用施設が保護者と連絡がとれる電話番号を記入してください。