

小海町子育て支援短期入所事業利用申込書

年 月 日

(申込先) 小海町長

住 所
氏 名 (保護者)
連絡先 (電話)

小海町子育て支援短期入所事業実施要項に基づき、次のとおり利用の申し込みをします。
なお、審査のため、私の世帯の課税及び納税状況、住民基本台帳等、小海町が保有する公簿に記載されている事項を閲覧、聴取することに同意します。

対 象 児 童 名		生年月日	年 月 日 (歳)	
		生年月日	年 月 日 (歳)	
利用を必要とする理由				
入 所 期 間	年 月 日から		年 月 日	
世帯状況	氏 名	生年月日	続柄	備考
緊急連絡先	氏名	続柄	電話	
児童の状況 (心身状況、在園、在学状況等)				
特 記 事 項				
生活保護受給の有無	1 受けている		2 受けていない	
市町村民税の課税状況	1 非課税		2 課税	