

日野市ショートステイ利用申請書

（あて先）日野市長  
日野市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。

|                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                       |                |  |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------|--|
| 申請日                                 | 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                       | ※太枠内をご記入ください。  |  |
| フリガナ<br>申請者（保護者）氏名<br><br>（児童との続柄 ） |                                                                                                                                                                                                                                                                                  | フリガナ<br>利用児童氏名<br><br>生年月日 年 月 日（男・女） |                |  |
| 児童の住所                               | 〒191-<br>日野市                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                       |                |  |
| 利用理由                                | 就労・疾病・療養・育児疲れ・入院・看護・出産・冠婚葬祭・その他（ ）                                                                                                                                                                                                                                               |                                       |                |  |
| 利用期間                                | 年 月 日（ 曜日） 午前・午後 時 分<br>～<br>年 月 日（ 曜日） 午前・午後 時 分                                                                                                                                                                                                                                |                                       |                |  |
| 児童の送迎                               | 送り                                                                                                                                                                                                                                                                               | 預け先・申請者・その他（氏名 、年齢 、児童との続柄 ）          |                |  |
|                                     | 迎え                                                                                                                                                                                                                                                                               | 預け先・申請者・その他（氏名 、年齢 、児童との続柄 ）          |                |  |
| 申請者連絡先                              | 住所                                                                                                                                                                                                                                                                               | 電話番号                                  |                |  |
|                                     | 名称                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                       |                |  |
| 緊急連絡先1                              | 住所                                                                                                                                                                                                                                                                               | 電話番号                                  |                |  |
|                                     | 名称                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                       |                |  |
| 緊急連絡先2                              | 住所                                                                                                                                                                                                                                                                               | 電話番号                                  |                |  |
|                                     | 名称                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                       |                |  |
| 健康保険証                               | 被保険者氏名                                                                                                                                                                                                                                                                           | 記号番号                                  |                |  |
|                                     | 保険者番号                                                                                                                                                                                                                                                                            | 名称                                    |                |  |
| 医療証                                 | 乳幼児医療証・子ども医療証                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                       | 負担者番号<br>受給者番号 |  |
| 同意事項                                | <div><input type="checkbox"/> 預け先等に対し、サービスの利用に必要な情報を提供すること。</div> <div><input type="checkbox"/> 預け先等が市にサービスの利用状況に関する報告を行うこと。</div> <div><input type="checkbox"/> 日野市ショートステイ事業実施要綱第 11 条に定める利用料に関わる世帯区分を確認するために必要な情報を、日野市の保有する公簿等により確認すること。</div> <div>上記に同意します 申請者署名 _____</div> |                                       |                |  |

事務利用欄

|                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                    |     |     |      |      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|------|------|
| <input type="checkbox"/> 一般世帯<br><input type="checkbox"/> 生活保護世帯<br><input type="checkbox"/> 残留邦人等世帯<br><input type="checkbox"/> 非課税世帯<br><input type="checkbox"/> 特別支援世帯 | <input type="checkbox"/> 利用児童の状況<br><input type="checkbox"/> 送迎予定表<br>費用計算書<br><input type="checkbox"/> 減免証明書類<br><input type="checkbox"/> エビバン依頼書 | 受付日 | 受付者 | 文書番号 | 通知発送 |
|                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                    | /   |     | -    | /    |