

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 申請者（保護者）氏名 （児童との続柄 ）		フリガナ 利用児童氏名 生年月日 年 月 日（男・女）		
児童の住所	〒191- 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 ～ 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 受給者番号	
同意事項	☐ 預け先に対し、サービスの利用に必要な情報を提供すること。 ☐ 預け先から、市に利用状況の報告を受けること。 ☐ 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により確認すること。 上記に同意します 申請者署名			

事務利用欄

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