

十和田市長 様

申請者氏名

印

十和田市子育て短期支援事業利用申請書

十和田市子育て短期支援事業を利用したいので、次のとおり申請します。

住所				TEL		
家族の状況	続柄	氏名		年齢	職業	勤務先・学校名
	父					
	母					
緊急時連絡先	①氏名			TEL		
	②氏名			TEL		
	③氏名			TEL		
世帯類型	<input type="checkbox"/> 母子家庭 <input type="checkbox"/> 父子家庭 <input type="checkbox"/> 父母以外の養育者家庭 <input type="checkbox"/> その他の家庭					
ふりがな			生年	年 月 日	性別	男・女
対象児童氏名			月日	(歳)		
ふりがな			生年	年 月 日	性別	男・女
対象児童氏名			月日	(歳)		
ふりがな			生年	年 月 日	性別	男・女
対象児童氏名			月日	(歳)		
ショートステイ 利用希望理由	<input type="checkbox"/> 育児疲れ・育児不安 <input type="checkbox"/> 慢性疾患児の看病疲れ <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 看護 <input type="checkbox"/> 事故 <input type="checkbox"/> 災害 <input type="checkbox"/> 失踪 <input type="checkbox"/> その他 ()					
対象児童の 健康状態等						
利用期間	年 月 日 時 分から 年 月 日 時 分まで					

十和田市長 様

個人情報の利用又は提供に関する同意書

私は、次の個人情報を利用又は提供することに同意します。

個人情報の利用又は提供事項	同意欄
ショートステイ事業の利用の可否を決定するため、対象児童の住民票の謄本に関する情報を利用すること。	
利用決定の際に、利用児童の養育・保護を適正に実施するために、利用に至る経緯等の相談記録を実施施設へ情報提供すること。	

※同意する場合は、同意欄に押印をお願いします。

年 月 日

住所

氏名

印