**子育て支援ショートステイ利用申請書**

郵送申請用

　　　　　年　　　　月　　　　日

西　東　京　市　長　あて

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 住所 | 西東京市 |
|  | 氏名 |  |
|  | 電話 | 　　　　　　（　　　　　　　）　　　　　　　　 |

次のとおり、西東京市子育て支援ショートステイ事業の利用を申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用期間 | 年　　月　　日（　　　）　午前・午後　　　　時　　　分　から年　　月　　日（　　　）　午前・午後　　　　時　　　分　まで | 利用日数　　　　日 |
| 申請理由 |  |
| 利用する児童 | ふりがな |  | 年　　　月　　　日生（　　　　歳） | (所属) |
| 氏　名 | 男　女　 |
| ふりがな |  | 年　　　月　　　日生（　　　　歳） | (所属) |
| 氏　名 | 男　女　 |
| 保護者及び同居家族 | 氏　　　名 | 続柄 | 年齢 | 氏　　　名 | 続柄 | 年齢 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 児童の住所（申請者と異なる場合） | 　西東京市 |
| 今回申請の利用から過去６か月以内の利用日（最終利用日） | 　　　　　　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 世帯の市民税（住民税）課税状況（いずれかの番号に○をつけてください。） | 　１　市民税の課税されている世帯員がいる　２　世帯員全員が非課税　３　生活保護受給世帯 |