

第 1 号様式（第 9 条関係）

年 月 日

綾瀬市子育て短期支援事業登録申請書兼登録台帳

（宛先）綾瀬市長

次のとおり、綾瀬市子育て短期支援事業の利用登録を申請します。また、事業の実施にあたり、この登録台帳を実施施設に提供することについて同意します。

|              |                                     |                                                                                                                                                              |      |                 |
|--------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----------------|
| 申請者<br>(保護者) | フリガナ                                |                                                                                                                                                              | 電話   |                 |
|              | 氏 名                                 |                                                                                                                                                              | 番号   |                 |
|              | フリガナ                                |                                                                                                                                                              | 電話   |                 |
|              | 氏 名                                 |                                                                                                                                                              | 番号   |                 |
|              | 住 所                                 |                                                                                                                                                              |      |                 |
| 対象児童         | フリガナ<br>氏 名                         | 生年月日                                                                                                                                                         | 性別   | 通園・通学先名<br>電話番号 |
|              |                                     |                                                                                                                                                              |      | ( )             |
|              |                                     |                                                                                                                                                              |      | ( )             |
|              |                                     |                                                                                                                                                              |      | ( )             |
|              |                                     |                                                                                                                                                              |      | ( )             |
| 緊急連絡先        | 氏名                                  |                                                                                                                                                              | 電話番号 |                 |
|              | 住所                                  |                                                                                                                                                              |      |                 |
| 世帯区分         | <input type="checkbox"/> 右以外<br>の世帯 | <input type="checkbox"/> 次のいずれかに該当する世帯（当てはまるものに○）<br>1. 生活保護受給世帯<br>2. 市県民税非課税世帯<br>3. ひとり親世帯（児童扶養手当又はひとり親医療費助成の受給対象）<br>4. 保健師が必要と認める世帯<br>5. その他市が必要と認める世帯 |      |                 |
| 備考           |                                     |                                                                                                                                                              |      |                 |

☐ 急病時等は救急搬送を行うこと、搬送先の医療機関へ情報提供することに同意します。