

子育て支援ショートステイ利用申請書

年 月 日

西 東 京 市 長 あて

申請者 住所 西東京市  
氏名  
電話 ( )

印

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	日帰り	年 月 日( ) から 年 月 日( ) まで 午前・午後 時 分 から 午前・午後 時 分 まで		計 日間		
	宿泊	年 月 日( ) 午前・午後 時 分 から 年 月 日( ) 午前・午後 時 分 まで				
申請理由						
利用する児童	ふりがな			年 月 日生 ( 歳)		
	氏名	男女				
	ふりがな			年 月 日生 ( 歳)		
	氏名	男女				
	ふりがな			年 月 日生 ( 歳)		
	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
	(申請者)					
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				
健康保険	被保険者名			記号及び番号		
	保険者番号及び名称					
※ 前回の利用から変更がない場合は、記入不要です。						

ショートステイ事業利用に係る利用料の算定に当たり、私及び私の世帯構成員に関する市民税賦課状況等について、西東京市長が公簿等により確認することに同意します。

氏名 \_\_\_\_\_ 印