

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 ()

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		利用日数			
	年 月 日 () 午前・午後 時 分 まで		日			
申請理由						
利用する児童	ふりがな		年 月 日生 (所属) (歳)			
	氏名	男 女				
	ふりがな		年 月 日生 (所属) (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
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					