

那覇市短期入所生活援助事業利用申込書

年 月 日

那覇市母子生活支援センターさくら指定管理者

公益社団法人 那覇市母子寡婦福祉会 様

申込者 氏名

住所 〒

電話

下記のとおり短期入所生活援助事業を利用したいので申し込みます。

利用期間	年 月 日 () から 年 月 日 () まで					
申込理由	(具体的に記入してください)					
利用児童名	氏名	フリガナ 男 女	年	月	日生 (歳)	学校・保育園・幼稚園名 ()
	氏名	フリガナ 男 女	年	月	日生 (歳)	学校・保育園・幼稚園名 ()
児童の健康状態・注意事項	(持病・常備薬・食物や薬のアレルギー・その他注意を要する事項)					
保護者・家族欄	氏名	続柄	年齢	職業	勤務先 (名称・所在地・電話等)	
緊急時の連絡先	名称	所在地		電話		
該当に○	生活保護受給中 (担当ケースワーカー名:) ・家族全員が住民税非課税					
健康保険	保険の種類	国保・社保・組合・共済		被保険者氏名		
	保険者名称			記号・番号		
	保険者番号				備考	
利用要件確認資料 () 確認者 ()						
区分 (疾病・出産・看護・災害・冠婚葬祭・学校行事・出張・その他)						