様式第4号（第9条関係）

短期入所生活援助（ショートステイ）事業利用期間延長申込書

　年　　月　　日

八頭町長　様

申請者　住所

氏名

　八頭町子育て短期支援事業実施要綱に基づき、短期入所生活援助（ショートステイ）事業利用の期間の延長について、下記のとおり申込みます。

　なお、養育又は保護の延長期間が終了したとき、又は養育、又は保護が解除されたときは、指定の日時に必ず児童の身柄を引き取ることを誓約します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 登録番号 |  | | | |
| 児童氏名 | （男・女） | | 生年月日 | 年　月　日（　　歳） |
| 保護者氏名 | （男・女） | | 生年月日 | 年　月　日（　　歳） |
| 住所 |  | | 連絡先 | （自　宅）  （勤務先） |
| 当初の養育又は  保護の期間 | | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日（　　日間） | | |
| 延長を希望する  期間 | | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日（　　日間） | | |
| 延長の理由 | |  | | |
| 児童の健康状態等 | |  | | |