年　　月　　日

豊島区長　あて

申込者氏名

申込者氏名

レスパイト・ケア利用申込書

豊島区里親及びファミリーホーム養育者に対するレスパイト・ケア事業実施要綱に基づき、下記のとおりレスパイト・ケアの利用を希望します。

|  |  |
| --- | --- |
| 住 所 | 郵便番号 |
| 電話番号 | （　　　）　　　－ |
| 緊 急  連絡先 | 郵便番号  　　　　　　　　　　　電話番号（　　　　）　　　－ |
| 利用する理 由 |  |
| 利 用  希望日 | （第 1希望）  年　 月　 日（　）午前・午後～　 月 　日（　）午前・午後  （第2希望）  　　 年　 月　 日（　）午前・午後～　 月 　日（　）午前・午後  （第3希望）  　　 年　 月　 日（　）午前・午後～　 月 　日（　）午前・午後 |
| 受入先 | ※児童養護施設や乳児院は、児童の状況を踏まえて、児童相談所長が必要と認める場合に限ります。  里親・ファミリーホームで希望の受入先がある場合に、里親名・ファミリーホーム名を記載してください。 |
| 児 童 数 | 人  ※各児童「児童の状況」を添付すること。 |