葛飾区長宛て　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　月　日

申込者氏名：

申込者氏名：

レスパイト・ケア利用申込書

　葛飾区里親等に対するレスパイト・ケア事業実施要綱第７条に基づき、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希望日)  　年　月　日(　)午前・午後～令和　年　月　日(　)午前・午後  (第２希望日)  　年　月　日(　)午前・午後～令和　年　月　日(　)午前・午後  (第３希望日)  　年　月　日(　)午前・午後～令和　年　月　日(　)午前・午後 |
| **希望受入先の有無** | ※児童養護施設や乳児院は子どもの状況を踏まえて、児童相談所長が必要と認める場合に限ります。里親・ファミリーホームを希望する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下さい。  あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)・なし |
| **児童数** | (　　　　　)人  ※各児童「児童状況調書」を添付すること |