

年 月 日

〇〇児童相談所長 殿

住 所

氏 名

印

レスパイト・ケア申請書

レスパイト・ケアを受けたいので、下記のとおり申請します。

記

1 委託児童氏名

2 期 間

3 希望する実施施

4 同じ時期に、レスパイト・ケアをする児童の有無

① 有 ・ 無 (いずれかに○)

② 有の場合、担当児童相談所： 児童相談所

里親委託児童措置費請求書（レスパイト・ケア）

平成 年 月 日

〇〇地域県民局長 殿
（〇〇児童相談所長）

住 所

経営主体

施設名

請求者職氏名

印

¥

ただし、里親委託児童の平成 年 月 日～ 年 月 日分のレスパイト・ケアに係る委託措置費として、上記の金額を請求します。

振 込 先

銀行

支店

口座番号（普通・当座）

口座名義人

（備考）里親が請求する場合は、「経営主体」、「施設名」及び「請求者職氏名」の職名について記入を要しない。

様式第2号（里親～レスパイト・ケア）

里親委託児童措置費（レスパイト・ケア）明細書

委託児童氏名	
委託期間	年 月 日から 年 月 日まで _____ 日間
一般生活費	円
計	円

