

年 月 日

児童相談所長 殿

申請者 住 所
氏 名

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。

ふりがな 児童氏名		
実施期間	年 月 日 () ~ 年 月 日 ()	
実施施設	(氏名又は名称)	※いずれかに○をしてください。 実施施設受入型 ・ 養育者派遣型
申請理由		
その他	同じ時期に、レスパイト・ケアをする児童について ① 有 ・ 無 ※いずれかに○をしてください。 ② 有の場合、担当児童相談所： 児童相談所	
緊急連絡先		

様式第1号（里親、ファミリーホーム～レスパイト・ケア）

里親・ファミリーホーム委託児童措置費請求書（レスパイト・ケア）

年 月 日

児童相談所長 殿

住 所

経営主体

施設名

請求者職氏名

¥

ただし、里親・ファミリーホーム委託児童の 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、ファミリーホーム～レスパイト・ケア）

里親・ファミリーホーム委託児童措置費（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

