第１号様式

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 |  | |