

里親レスパイト・ケア申請書

平成 年 月 日

福岡市児童相談所長 あて
 (福岡市こども総合相談センター)

福岡市里親の一時的な休息のための援助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。

申請者住所

氏名

印

氏名

印

里親種別 (養育・養子縁組・親族)

| | | | |
|----------------|----------------------|----------------------|-----------------|
| 対象児童氏名 | 生年月日 | 学校・学年 | 希望受入先の有無 * |
| | | | あり () なし |
| | 開 始 | 終 了 | |
| 利用希望日 | 平成 年 月 日 午前・午後 時頃 | 平成 年 月 日 午前・午後 時頃 | |
| 日数 | 日間 | | |
| レスパイト中 の連絡先 | ① Tel | ② Tel | |
| 利用する理由 | | | |

※ 各児童の「児童の状況」を添付すること。