

里親等レスパイト・ケア申請書

令和 年 月 日

福岡市児童相談所長 へ
(福岡市こども総合相談センター)

福岡市里親及びファミリーホーム養育者の一時的な休息のための援助実施要綱に基づき、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

氏名

(自署の場合は、押印不要です)

対象児童氏名		
生年月日	年 月 日 (歳)	
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	
利用希望日	開始	終了
	令和 年 月 日 午前・午後 時頃	令和 年 月 日 午前・午後 時頃
日数	日間	
利用する理由		
緊急連絡先		

※ 各児童の「児童の状況」を添付すること。