様式第1-1号

**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　　　　　　　　あて

（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） | |
| ※いずれかに〇をしてください。  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。