様式第4号(第9条関係)

子育て短期支援事業利用決定通知書

年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　様

御　杖　村　長　　　印

　　　　年　　　月　　　日付けで申請のありました、子育て短期支援事業の利用については、下記のとおり決定したので、通知いたします。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用者 | 児童氏名 |  |
| 保護者氏名 |  |
| 利用施設名 | |  |
| 利用期間 | | 年　　　月　　　日　～　　　　年　　　月　　　日 |
| 保護者負担金 | | 1日につき　　　　　　　　円 |

※　自己負担金については、利用される施設に児童の送迎時に直接支払ってください。

※　保護期間の延長が必要な場合は、御杖村保健福祉課まですぐにご連絡ください。

※　施設利用に必要なもの

　　1．健康保険証の写し

　　2．洗面用具

　　3．着替え

　　4．寝巻

　　5．その他(　　　　　　　　　　　)