

レスパイト・ケア申請書

児童相談所長 様

申請者
住 所
里親等氏名

レスパイト・ケアについて、下記のとおり申請します。
記

実施期間	年 月 日～ 年 月 日				
実施方法	（1）実施施設等受入型・（2）職員等派遣型 （いずれかに○を記入）				
レスパイト・ケア を必要とする理由					
里親等連絡先	（レスパイト・ケア期間中の緊急連絡先）				
児 童 の 状 況	児童 氏名	ふりがな (男・女)	生年 月日	年齢 (学年)	年 月 日生 才 年生
	生活する上での留意事項及び嗜好等記入してください。				