つくば市子育て短期支援事業利用取下げ書

年　　月　　日

　つくば市長　宛て

住所

　　　　　　　　　　　　保護者　氏名

電話番号

　次のとおり子育て短期支援事業の利用を取下げます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用申請日 | | 年　　　月　　　日 |
| 児童名 | |  |
| 申請の内容 | 子育て短期支援事業の  種類 | ショートステイ事業 ・ トワイライトステイ事業 ・ 休日預かり事業 |
| 利用期間 | 年　　月　　日から　　年　　月　　日まで（　　日間） |
| 実施施設等による付き添い | 無　・　有（利用日数　　　　　日） |
| 取下げの理由 | |  |