

渋谷区長 殿

渋谷区子どもショートステイ利用申請書

次のとおり、渋谷区子どもショートステイの利用を申請します。

【申請者】 太枠部分を記入してください。

住 所	〒	-	フリ	ガナ
	渋谷区		氏	名
	自宅電	()	携帯電	()
	話番号		話番号	
個人番号(非課税世帯・生活保護世帯のみ)				

渋谷区子どもショートステイ(施設型)事業実施要綱第6条、渋谷区子どもショートステイ(協力家庭型)事業実施要綱第7条又は渋谷区子どもショートステイ(児童養護施設型)第7条の規定に基づき、世帯全員の所得状況を証明する書類(課税証明書など)を添えて申請します。

<p>■本申請による利用料決定等のために必要な住民基本台帳、住民税台帳及び生活保護受給状況の閲覧に同意します。 ■所得状況が確認できなかった場合及び非課税証明書の提出ができなかった場合は、課税世帯として利用することを承諾します。 ■申請書記載の情報が乳児院又は協力家庭へ提供されることに同意します。</p>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

【1 利用児童に関すること】

フリ 氏	ガナ 名	性別	生年月日	年齢	保育園・幼稚園・小学校名	お子さんについて 伝えておきたいこと
			. .			
			. .			
			. .			

【2 保護者及び家族に関すること】

続柄	フリ 氏	ガナ 名	生年月日	年齢	職 業	()年1月1日現在の住民票の住所 上記住所と同じ場合は記入不要
世帯主			. .			
			. .			
			. .			
			. .			

【3 申請理由】 をしてください。さらに、裏面の申告書を記入してください。

1. 病気又は出産等	2. 家族の介護	3. 冠婚葬祭等への出席
4. 事故又は災害	5. 出張	6. その他()

【4 利用希望日】

利用希望日・時間						泊数	日数					
月	日()	午前・午後	時	分	~	月	日()	午前・午後	時	分	泊	日

【5 緊急時の連絡先】

氏 名	児童との続柄	電話番号

氏 名	児童との続柄	電話番号

【裏へ続く】

【6 区役所記入欄】

階層区分(利用料金)			面接 日	区	月 日(:)担当名[]	依頼書送付日 月 日
①生活保護 (免除)	②非課税世帯 (1500円)	③課税世帯 (3000円)		協力家庭 氏名()	月 日(:)担当名[]	決定通知書送付日 月 日

申告書

1	病 気 等	病名 () 医療機関 () 入院期間 年 月 日 ~ 月 日
	出 産	出産予定日 年 月 日 医療機関 () 入院期間 年 月 日 ~ 月 日
2	家 族 の 介 護	介護対象者 氏名 () 続柄 () 同居・別居 (住所:) 介護の状態 期間 [年 月 日 ~ 月 日]
3	冠 婚 葬 祭 等	事由 () 行き先 () 日時 年 月 日
4	事 故 又 は 災 害	
5	出 張	勤務先 () 出張先 () 出張期間 年 月 日 ~ 月 日
6	そ の 他	

子どもショートステイ生活状況報告書(協力家庭用)

記入者氏名 () 続柄 () 記入年月日 (年 月 日)

フリガナ 児童氏名		愛称		平成・令和 年 月 日生 (歳)
--------------	--	----	--	----------------------

1. 一日の流れ

起床、授乳、睡眠、お昼寝、朝昼夕食、お風呂、

0 6 12 18 24

2. 生活の状況

① 食事

食事の内容 大人と同じ ・ 幼児食 ・ その他 ()
嫌いな食べ物 ()
食べる方法 介助 ・ 手づかみ ・ スプーン or フォーク ・ 箸 ・ その他 ()
食欲 (ある ・ 普通 ・ なし)

② 睡眠

寝つき (よい ・ 悪い) 寝起き (よい ・ 悪い)
寝かしつけるためのくせ、必要なもの ()

③ 排泄

方法(払ツ ・ トレットトレーニング中 ・ 教える ・ 大体1人で可能 ・ 自立)
おねしょ(する ・ しない)
大便(1日 回、 時頃、 硬・普通・軟)

④ 着替え

方法 (全介助 ・ 一部介助 ・ 自立)

⑤ 遊び

いつもしている遊び ()
好きな遊び・おもちゃ ()
いつも遊びに行く場所 ()

裏面もご記入ください

⑥学校名 () 保育園・幼稚園・小学校 () 年 () 組
 所在地 ()
 電話番号 () 連絡する場合の窓口 (先生)

⑦入退所について

入所 (時 分 対応者: 特記)
 退所 (時 分 対応者: 特記)

3. 普段の健康状態

平熱	℃
現在、気になること	有 ・ 無 〔 〕
既往歴	有 ・ 無 病名、かかった時期 〔 〕
アレルギー	有 ・ 無 薬剤・食物・その他 〔 〕
現在治療中の病気	持病 有 () ・ 無 内服薬、軟膏など薬剤名 〔 〕
かかりつけ医	〔 〕 病院・医院、〔 〕 先生 電話番号 ()

○ 予防接種について 受けたものに○をつけて下さい。
 四種混合 (①②③追)、BCG、Hib (①②③追)、肺炎球菌 (①②③追)、B肝 (①②③)
 MR (①②)、日本脳炎 (①②③)、水疱 (①②)、ロタ (①②③)、おたふく

○ お子さんや兄弟が通っている幼稚園・保育園などで、現在流行っている病気が
 ありますか？ (例 麻疹、インフルエンザなど)
 (有 ・ 無)
 有の内容 〔 〕

4. その他、お子さんについて、伝えたいことがありましたらご記入ください。