

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】 ☐ 本枠部分を記入してください。

住 所	〒		フリ ガナ 氏 名	
	渋谷区			
	自宅電 話番号	()	携帯電 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(乳児院型)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。

- 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又は児童養護施設へ提供されることに同意します。

【1 利用児童に関すること】

フリ ガナ 氏 名	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 ガナ 氏 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	

資料A

ショートステイ乳幼児状況書

*お子さまについてお聞きます(当日までに記入しお持ちください)

フリガナ	男・女	
氏名	生年月日	年 月 日 ヶ月

①本日の様子

起床時間 時頃 昼寝 時～ 時

最終食事 時頃 最終母乳またはミルク 何時ごろ

食事形態

前期①・②・③、中期、後期、完了、幼児・ミルク ml× 回・母乳 回/日

最終排便 月 日 時頃

②1日の過ごし方をご記入ください(食事・睡眠・入浴・保育園・遊びなどだいたい時間)

0時				12時				24時
3時	6時	9時		15時	18時	21時		

③出生時の様子(初回のみご記入ください)

出生週数: 週 日 出生体重 g

④既往歴について

・今までに熱性けいれんをおこされたことはありますか はい いいえ

・「はい」の方はけいれんがおきた直近の日付をご記入ください

年 月 日

・現在何か治療をされていて薬を内服していますか はい いいえ

(内服薬名:)

※内服薬・けいれん予防薬(ダイアップ)がある場合は事前に区にお知らせください。

⑤そのほか、何かこちらに伝えたいことがあればご記入ください

食事・ミルク申し込み表

別紙の使用食材の内容を確認し下記の利用期間の食事・ミルクを申し込みます。

(ご希望されるものにチェックをお願いします)

1. 食事形態

- ☐前期① 重湯(朝)
- ☐前期② 粥+豆腐+野菜 2 品(朝)
- ☐前期③ 粥+豆腐+野菜 2 品(朝)・粥+魚+野菜 2 品(昼)
- ☐中期食 朝+昼
- ☐後期 3 食+おやつ
- ☐完了食 3 食+おやつ
- ☐幼児食 3 食+おやつ

2. ミルク

- ☐不要
- ☐希望(量と回数をご記入ください)

ml	×	本
ml	×	本
ml	×	本

- ☐ミルクを持ち込みます

(銘柄:)

- ☐冷凍母乳を持ち込みます

*冷凍用母乳パック氏名・搾乳した日時をご記入ください

3. 食物・ミルクアレルギーの有無

※食物アレルギーの方は別途書類が必要です。各区にお問い合わせください。

- ☐アレルギー無し
- ☐アレルギー有り

(アレルギーの食材・食品:)

申し込み日 年 月 日

ご利用期間(同月内まとめて申請可) 例) 6/2~8、 ○6/30~7/4 ×7/1~7/4

お子様のお名前:

保護者サイン:

資料 C



検温表：ご利用 4 日前より当日までの測定をお願いします

月日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日 (利用日)
体温	度	度	度	度	度
鼻水	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
咳	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
特記事項					

お子様のお名前：_____