

様式第1号(第4条関係)

子育て支援短期利用事業申請書

年 月 日

雲仙市長 様

申請者 住所  
氏名  
(電話番号 ー )

子育て支援短期利用事業を利用したいので、雲仙市子育て支援短期利用事業実施要綱第4条の規定により下記のとおり申請します。

記

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)

フリガナ 児童氏名		男・女	年 月 日生( 歳)	
児童の就学 状況	保育園 中学生	幼稚園 高校生	小学生 その他	学校名 (学年)
保護者以外の 緊急連絡先	氏名 (続柄)			
	住所 (電話番号) ー			
家庭の状況	・母子家庭 ・父子家庭 ・養育者家庭			
世帯の 状況	氏 名	続 柄	生 年 月 日	備 考(勤務先等)
			年 月 日生	
			年 月 日生	
			年 月 日生	
申請理由				
利用予定期間	年 月 日 ~ 年 月 日( 日間)			
備 考				

〔添付書類〕該当する区分に応じて

- ・児童が属する世帯の住民税の課税額を証明する書類又は住民税課税額調査同意書
- ・雲仙市福祉事務所長名での「生活保護決定通知書」等

私は、本事業の利用に当たり、児童連絡票を実施施設へ提供することに同意いたします。

氏名 \_\_\_\_\_

※利用されるお子さんの年齢に応じて状況を記入してください。

記入年月日	年 月 日	申込保護者氏名		続柄	
ふりがな				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢 年 月 日生 ( 歳)
お子さんの名前					
住所	〒 _____ 雲仙市		電話番号		
学校 保育所等	<input type="checkbox"/> 保育所・ <input type="checkbox"/> 認定こども園・ <input type="checkbox"/> 幼稚園・ <input type="checkbox"/> 小学校 <input type="checkbox"/> 中学校・ <input type="checkbox"/> 高等学校				
	年 組	担任	先生	連絡先	

保護者・家族欄	ふりがな氏名	続柄	年齢	職業	勤務先(名称・住所・電話等)	

緊急連絡先	氏名	お子さんとの関係	電話番号
第一連絡先			
第二連絡先			
第三連絡先			

お子さんの健康状態	平熱 ( . °C) 今までに一番高い熱は ( . °C)		血液型	型	
	下痢をしやすいですか? <input type="checkbox"/> Yes . <input type="checkbox"/> No		発熱しやすいですか? <input type="checkbox"/> Yes . <input type="checkbox"/> No		
	食物アレルギーはありますか? <input type="checkbox"/> Yes . <input type="checkbox"/> No ⇒ ( <input type="checkbox"/> 卵・ <input type="checkbox"/> 乳・ <input type="checkbox"/> 小麦・ <input type="checkbox"/> そば・ <input type="checkbox"/> 落花生・ <input type="checkbox"/> えび・ <input type="checkbox"/> かに・ <input type="checkbox"/> クルミ ) その他 ⇒ ( )				
	食物以外のアレルギーはありますか? <input type="checkbox"/> Yes . <input type="checkbox"/> No Yes の場合⇒アレルゲン ( )				
	※食物アレルギーのあるお子さんに関しては直接職員へお声掛けください。				
	入院したことがありますか? <input type="checkbox"/> Yes . <input type="checkbox"/> No ⇒ 病名 ( ) いつ頃 ( )				
	毎日服用している薬はありますか? <input type="checkbox"/> Yes . <input type="checkbox"/> No ⇒ 薬名 ( )、病名 ( ) かかりつけの病院 ( )				
	既往症は? ⇒ ( <input type="checkbox"/> はしか( 歳)・ <input type="checkbox"/> 水ぼうそう( 歳)・ <input type="checkbox"/> 風しん( 歳)・ <input type="checkbox"/> おたふく( 歳) <input type="checkbox"/> 他 )				
	予防接種は受けましたか? ⇒ <input type="checkbox"/> Hib . <input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌 . <input type="checkbox"/> B型肝炎 . <input type="checkbox"/> ロタウイルス . <input type="checkbox"/> 四種混合 . <input type="checkbox"/> BCG . <input type="checkbox"/> MR (麻しん風しん) . <input type="checkbox"/> 水痘 . <input type="checkbox"/> 日本脳炎 . <input type="checkbox"/> HPV . <input type="checkbox"/> 他 )				
	その他健康上のことで気をつけていることがあれば記入してください。				
睡眠	起床時間	時ごろ . 就寝時間	時ごろ	平均睡眠時間	時間
食事	好きな食べ物は? ( ) 嫌いな食べ物は? ( ) 食べる量 ( <input type="checkbox"/> 多い . <input type="checkbox"/> 普通 . <input type="checkbox"/> 少ない )				
排泄	排便は毎日ありますか? ⇒ <input type="checkbox"/> Yes . <input type="checkbox"/> No ( ) 便秘をしやすいですか? ⇒ <input type="checkbox"/> Yes ( ) 就寝中は ⇒ <input type="checkbox"/> パンツ . <input type="checkbox"/> 紙おむつ . <input type="checkbox"/> おねしょシート				
車酔いはしやすいですか? ⇒ <input type="checkbox"/> No . <input type="checkbox"/> Yes ( )					
お子さんの状況	どんな遊びが好きですか? ⇒				
	お子さんとの関わりで気をつけていることがあれば記入してください。				
その他					