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　　　―　　　　　)

　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　　幼稚園　　小学生中学生　　高校生　　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)　　　　― |
| 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 | 　 |
| 　 | 　 | 　　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

雲仙市　**子育て支援短期利用事業　　　児童連絡票**

※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 |  | ☐男☐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 | 　　　　　　　　☐保育所・☐認定こども園・☐幼稚園・☐小学校 ☐中学校・☐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　（　　　．　　℃）今までに一番高い熱は　（　　　．　　℃） | 血液型　　　　　　型 |
| 下痢をしやすいですか？　　☐Yes　・　☐No | 発熱しやすいですか？　　☐Yes　・　☐No |
| 食物アレルギーはありますか？　　☐Yes　・　☐No　⇒（ ☐卵・☐乳・☐小麦・☐そば・☐落花生・☐えび・☐かに・☐クルミ　）その他　⇒（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）食物以外のアレルギーはありますか？ ☐Yes　・　☐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？　☐Yes ・ ☐No ⇒ 病　名（　　　　　　　　　　　　　　） いつ頃（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 毎日服用している薬はありますか？ ☐Yes ・ ☐No ⇒　 薬 名 （　　　　　　　　　）、病 名 （　　　　　　　　　　　　）かかりつけの病 院 （　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 既往症は？　⇒ (☐はしか（　　歳）・☐水ぼうそう（　　歳）・☐風しん（　　歳）・☐おたふく（　　歳） ☐他　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 予防接種は受けましたか？⇒ ☐Hib ・ ☐小児肺炎球菌 ・ ☐B型肝炎 ・ ☐ロタウイルス ・ ☐四種混合 ・ ☐ＢＣＧ ・　☐ＭＲ（麻しん風しん） ・ ☐水痘 ・ ☐日本脳炎 ・ ☐HPV ・ ☐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（　☐多い　・　☐普通　・　☐少ない　） |
| 排泄 | 排便は毎日ありますか？ 　⇒　☐Yes　・　☐No　（　　　　　　　　　　　　　　）便秘をしやすいですか？　 ⇒　☐Yes （　　　　　　　　　　　　　　）就寝中は　⇒　☐パンツ　・　☐紙おむつ　・　☐おねしょシーツ |
| 車酔いはしやすいですか？　⇒　☐No 　・　☐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 |  |