

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。なお、利用決定の際に、実施施設等へ必要な情報を提供すること及び利用者負担金の決定に当たり、市が必要な税情報等の公簿の確認を行うことに同意します。

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 (利用児童)		男・女	年 月 日生(歳)	
		男・女	年 月 日生(歳)	
		男・女	年 月 日生(歳)	
		男・女	年 月 日生(歳)	
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			
利用児童 以外の 同居人	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				

※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						