

令和6年度弘前市ショートステイ事業利用申込書

※受付 年 月 日		※整理番号			
住所	Tel. — —				
利用児童	フリガナ	性別	生年月日		入所施設等
	氏名	男 女	平成 令和	年 月 日	
利用希望期	令和 年 月 日 ( ) 時 分 ~ 令和 年 月 日 ( ) 時 分				
	令和 年 月 日 ( ) 時 分 ~ 令和 年 月 日 ( ) 時 分				
	令和 年 月 日 ( ) 時 分 ~ 令和 年 月 日 ( ) 時 分				
利用希望理由	(1) 疾病など保護者の身体上の事由 (2) 育児疲れ、慢性疾患児の看病疲れ、育児不安など保護者の身体・精神上的の事由 (3) 出産、看護、事故、災害、失踪など保護者の家庭養育上の事由 (4) 冠婚葬祭、転勤、出張や学校等の公的行事への保護者の参加など社会的な事由 (5) レスパイト・ケアや、児童との関わり方・養育方法等について、親子での利用が必要であると市が認めた場合 (6) 経済的問題等により緊急一時的に親子の保護を必要とする場合				
児童と同居している家族	続柄	氏名	生年月日	勤務先・施設名等	備考
			・		※親子での利用 希望する・希望しない
			・		
			・		
			・		
			・		
緊急連絡先	1	の 勤務先 (いる所) または 携帯電話		—	—
	2	の 勤務先 (いる所) または 携帯電話		—	—
	3	の 勤務先 (いる所) または 携帯電話		—	—
ショートステイ事業を利用したいので、上記のとおり利用を申し込みます。 また、弘前市が、利用料算定に必要な市町村民税の情報 (同一世帯者を含む。) 及び世帯情報を閲覧すること並びにショートステイ事業の実施に必要な範囲において、実施施設がこの申込書に記載された情報を利用することに同意します。 令和 年 月 日  弘前市長 殿  保護者氏名 _____ ※本人が自署しない場合は、記名押印してください。				備考	

(※裏面【利用児童の状況】についてもご記入ください。)

※ 利用資格調査

<input type="checkbox"/> ショートステイ事業の対象児童等として認められる  <input type="checkbox"/> ショートステイ事業の対象児童等として認められない (理由: _____)	調査月日
	令和 年 月 日
	調査員

【利用児童の状況】

健康状態など	平熱 _____℃ 今まで大きな病気にかかったこと <input type="checkbox"/> ない ・ <input type="checkbox"/> ある (病名: _____ 時期: _____年 _____月) 今まで手術を受けたこと <input type="checkbox"/> ない ・ <input type="checkbox"/> ある (手術箇所: _____ 時期: _____年 _____月) 現在、治療中の病気・けがなど <input type="checkbox"/> ない ・ <input type="checkbox"/> ある (病名: _____ 症状: _____) ひきつけをおこしたこと <input type="checkbox"/> ない ・ <input type="checkbox"/> ある (頻度: _____ 対処法: _____) アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> ない ・ <input type="checkbox"/> ある (対処法: _____) アレルギー (食物・その他) <input type="checkbox"/> ない ・ <input type="checkbox"/> ある (種類: _____ 対処法: _____) アナフィラキシーショック <input type="checkbox"/> ない ・ <input type="checkbox"/> ある (種類: _____ 対処法: _____)
	食事 主な時間 朝 ( _____時 _____分頃) 昼 ( _____時 _____分頃) 夜 ( _____時 _____分頃) 食事方法 <input type="checkbox"/> ひとりで食べる <input type="checkbox"/> 補助が必要 (程度: <input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 少し) 食事の種類 <input type="checkbox"/> ミルク (銘柄: _____、1回量: _____ml、1日 _____回) <input type="checkbox"/> 離乳食 (1日 _____回 ※朝・昼・夕・その他 ( _____)) <input type="checkbox"/> 幼児食 好きな食べ物 ( _____)、嫌いな食べ物 ( _____) 食事制限 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ( _____)
睡眠	主な時間 夜 _____時 _____分頃 ~ 朝 _____時 _____分頃まで 寝るときのくせ ( _____) 昼寝 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> しない (時間) _____時 _____分頃 ~ _____時 _____分頃まで
排泄	方法 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> トレーニングパンツ <input type="checkbox"/> 知らせる <input type="checkbox"/> 自立 大便 <input type="checkbox"/> 1日 _____回 (午前 _____時頃、午後 _____時頃) <input type="checkbox"/> 不定 小便 <input type="checkbox"/> _____時間おき <input type="checkbox"/> 不定
性格・発達など	人見知り <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない 言葉 <input type="checkbox"/> はっきりしている <input type="checkbox"/> はっきりしない (喃語・単語・幼児語) 歩行 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 自立まだ [ <input type="checkbox"/> つたい歩き <input type="checkbox"/> つかまり立ち <input type="checkbox"/> その他 ( _____) ] お子さんの呼び名 ( _____)、好きな遊び・遊具 ( _____)
	お子さんのくせや気になるところ <input type="checkbox"/> ない ・ <input type="checkbox"/> ある
	発達・健康についての特記事項 (※診断を受けている方必須) <input type="checkbox"/> ない ・ <input type="checkbox"/> ある

※登録児童の状況確認

確認方法	<input type="checkbox"/> 面接 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他 ( _____)	※ 実施施設使用欄
	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他 ( _____)	
備考		

(担当及び提出先: 弘前市こども家庭センター)