

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	〒036-8003 弘前市大字駅前町9番地20			TEL 0172-40-3976
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	〇〇保育園
利用希望期	令和6年4月8日(火) 9時00分 ~ 令和6年4月13日(土) 15時00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
	母	弘前 花子	S60・5・5	公務員
	父	弘前 一郎	S60・6・6	(株)△△販売
	祖母	弘前 幸子	S30・7・7	
			・	
緊急連絡先	1 母の勤務先(いる所) または 携帯電話	090 - 2222 - 2222	備考	
	2 母の勤務先(いる所) または 携帯電話	1234 - 55 - 6666		
	3 父の勤務先(いる所) または 携帯電話	080 - 3333 - 3333		
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6年4月5日 弘前市長 殿 保護者氏名 <u>弘前 花子</u> ※本人が自署しない場合は、記名押印してください。				

保育園、認定こども園、その他通所施設などを利用している場合は、記入してください。

利用を希望する日時を記入してください(原則として、最長6泊7日まで)

1~6のうち、あてはまるものを○で囲んでください。

あてはまるものを○で囲んでください。

利用児童と同居している親族等全員を記入してください。

優先順位の高い番号から順に記入してください。

(※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	調査月日
	令和 年 月 日
<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:)	調査員

【利用児童の状況】

健康状態など	平熱 36.5 °C
	今まで大きな病気にかかったこと <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> ない ・ <input type="checkbox"/> ある (頻度: _____ 対処法: _____)
	アトピー性皮膚炎 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> ある (種類: 卵 対処法: 食べない、内服薬)
アナフィラキシーショック <input checked="" type="checkbox"/> ない ・ <input type="checkbox"/> ある (種類: _____ 対処法: _____)	
食事	主な時間 朝 (7時00分頃) 昼 (12時00分頃) 夜 (18時00分頃)
	食事方法 <input type="checkbox"/> ひとりで食べる <input checked="" type="checkbox"/> 補助が必要 (程度: <input type="checkbox"/> 全部 <input checked="" 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 checked="" 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 (バナナ)、嫌いな食べ物 (ニンジン、ピーマン) 食事制限 <input type="checkbox"/> ない <input checked="" 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 (タオルを持って寝る)
	昼寝 <input checked="" type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> しない (時間) 13時00分頃 ~ 15時00分頃 まで
排泄	方法 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 不定
	小便 <input type="checkbox"/> _____ 時間おき <input checked="" type="checkbox"/> 不定
性格・発達など	人見知り <input checked="" type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない
	言葉 <input type="checkbox"/> はっきりしている <input checked="" type="checkbox"/> はっきりしない (喃語・単語・幼児語)
	歩行 <input checked="" 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 (さくらちゃん)、好きな遊び・遊具 (つみき、絵本)
お子さんのくせや気になる場所 <input type="checkbox"/> ない ・ <input checked="" type="checkbox"/> ある 指しゃぶり、何でも口に入れる	
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 checked="" type="checkbox"/> ない ・ <input type="checkbox"/> ある	

当てはまる項目をチェックしてください。
※特に()の中はお子様の健康管理をするうえで大切な事項になりますので、詳細をご記入ください。

発達状況などについて記入してください。
※「ある」の場合、できるだけ詳しく記入してください。(療育を受けているかなど)
※診断を受けている場合は必ず記入してください。

※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)