

様式第1号

令和8年度弘前市トワイライトステイ事業利用登録申込書

※受付 年 月 日		※登録番号		※小6年度末 年 月 日	
住所	〒 _____ TEL _____				
登録児童	フリガナ	性別	生 年 月 日		入所施設・学校名・学年等
	氏 名	男 女	平成 ・ 令和 年 月 日		
登録希望理由	1 就労 2 就学 3 職業訓練 4 介護 5 その他 ()				
児童と同居している家族	続柄	氏 名	生 年 月 日	勤務先・学校名等	備 考
			・		
			・		
			・		
			・		
			・		
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		— —		
トワイライトステイ事業を利用したいので、上記のとおり利用登録を申し込みます。また、トワイライ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。					備 考
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。					

(※裏面【登録児童の状況】についてもご記入ください。)

※ 利用資格調査

<input type="checkbox"/> トワイライトステイ事業の対象児童として認められる	調 査 月 日
	令和 年 月 日
	調 査 員
<input type="checkbox"/> トワイライトステイ事業の対象児童として認められない (理由:)	

【登録児童の状況】

健康状態など	平熱 ℃ 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: _____)
	少しの運動で息切れや顔色が悪くなる <input type="checkbox"/> ない ・ <input type="checkbox"/> ある (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) 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(_____)
	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
	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 おねしょ <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> (_____)
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"/> (_____)
	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