様式第１号（５関係）

子育て短期支援事業利用申請書

　　年　　月　　日

生駒市長　様

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者 | 住所　　　　　　　　　　　　　　　　 |
|  | 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　 |
|  | （電話番号　　　　　　　　　　　） |

子育て短期支援事業を利用したいので、生駒市子育て短期支援事業実施要綱５の規定により、次のとおり申請します。なお、本事業利用決定のために必要な情報を公簿等で確認されることを承諾します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 児童氏名 |  | 性別 | 男・女 | 年齢 | 　　歳 |
| 申請者と児童の関係 |  |
| 保護者 | 氏名（電話番号　　　　　　　　　　　　　　） |
| 住所 |
| 利用事業の種類 | １　ショートステイ事業　　　　２　トワイライトステイ事業 |
| 利用の理由 |  |
| 利用期間 | 　　年　　月　　日　　　　～　　　　　　年　　月　　日 |
| 受入施設 |  |
| 緊急連絡先 | （電話番号　　　　　　　　　　　　　　） |
| 世帯状況 | １　生活保護世帯　　２　市町村民税非課税世帯　　３　その他の世帯（１及び２の世帯にあっては、状況を確認できる書類を添付してください。） |
| 備考 |  |

（注）　世帯状況を確認できる書類は、生活保護証明書又は市町村民税非課税証明書とし、市町村民税の非課税証明書については、利用の期間が４月から６月までの場合は前年度分、７月から３月までの場合は当該年度の証明書を添付してください。

|  |
| --- |
| 児童の就学状況 |
| 幼稚園・保育所小学校・中学校・高等学校 | 学校名　：学　年　：　　　　　　年 |
| 児童の健康状況等 |
| ①　　健康状態（強健・良好・病弱）②　　既往症（有り「病名：　　　　　　　　　　　　　 　　」・無し）③　　服薬（有り・無し）④　　アレルギーの有無（有り「　　　　　　　　　　　　　　　」・無し）⑤　　その他の特記事項（　　　　　　　　　　　 　　　　　　　） |
| 日常生活の状況等 |
| 寝起き | □すぐ起きる□すぐ寝つく□熟睡できる | 食事 | □偏食の有無□量（多・普通・少）□速度（速・普通・遅）□箸を使える |
| 着脱衣等 | □脱衣できる□着衣できる□洗髪ができる□洗面ができる |
| ※　０歳～１８歳を対象とするため、年齢によって不適切な質問項目については、回答は不要です。 |
| 排泄 | □排尿自立□排便自立□夜尿がある□夜便所に行く |
| 性格、癖、興味のあること等、児童と接するうえで留意すべき事柄を記入してください。 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |