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、下記の同意事項に同意の上、次のとおり申請します。

＜同意事項＞
１　緊急利用等の場合に限り、本事業利用決定のために必要な証明書を提出できないときは、公簿等で確認することに同意します。
２　公簿等で確認できない場合は、関係書類の提出を行います。

児 童 氏 名		性別	男・女	年齢	歳
申請者と児童の関係		生年月日	年　月　日		
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。）				

（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。

職員記入欄	利用事由が分かる添付書類等	疾病、入院、事故、家族の看護等	診断書等	
		出産	母子健康手帳	
		出張・夜間勤務・就労	生駒市子育て短期支援事業出張・就労・夜間勤務証明書	
		災害、冠婚葬祭、公的行事等	事実が分かるもの	
		育児疲れ	医師等の証明又は面談時確認	
		与薬等	医療機関から施設宛の与薬等指示書	
		食物ｱﾚﾙｷﾞｰ・緊急薬・長期管理薬	医療機関からのアレルギー疾患生活管理指導表	

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

※食物ｱﾚﾙｷﾞｰ(除去食)･ｱﾅﾌｨﾗｷｼｰ(緊急薬)･気管支ぜん息等(長期管理薬)既往者は必ず記入してください。

① 健康状態（強健 ・ 良好 ・ 病弱）

② 既 往 症（有り「病名：　　」・無し）

③ 内服薬･外用薬（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。