

様式第1号(第4条関係)

子育て支援短期利用事業申請書

平成 年 月 日

薩摩川内市長 様

申請者 住所 薩摩川内市
氏名
利用者との続柄

印

下記のとおり子育て支援短期利用事業を利用したいので、薩摩川内市子育て支援短期利用事業実施要綱第4条の規定により申請します。

記

| | | | | | |
|-------|----------------------------|----|-----|-----------------|---|
| 利用者氏名 | | 性別 | 男・女 | 年齢 | 歳 |
| 保護者氏名 | | | | 申請者が保護者の場合は記入不要 | |
| 住所 | 薩摩川内市 | | | | |
| 利用事業 | 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 | 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで(日間) | | | | |
| 利用施設名 | | | | | |
| 緊急連絡先 | 電話番号 | | | | |
| 備考 | | | | | |

(注) 添付書類として、市町村民税課税証明書を付けること。

利用者の状況

| | | | | | | | |
|--|--|--|--------|----|--|------------|---|
| 利用者の健康状況等 | 健康状況・・・・・・・・・・(強健・普通・病気がち) 既往症・・・・・・・・・・(有り「病名」,無し) 服薬・・・・・・・・・・(有り・無し) アレルギーの有無・・・(有り「」,無し) その他の特記事項等 | | | | | | |
| | 保険証記号番号 | | | | | | |
| 日常生活の状況等 | 寝起 | | すぐ起きる | 排泄 | | 排尿自立 | 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。 |
| | | | すぐ寝つく | | | 排便自立 | |
| | | | 熟睡できる | | | 夜尿がある | |
| | 着脱衣等 | | 脱衣できる | | | 夜便所に行く | |
| | | | 着衣できる | 食事 | | 偏食の有無 | |
| | | | 洗髪ができる | | | 量(多・普通・少) | |
| | | | 洗面ができる | | | 速度(速・普通・遅) | |
| | | | 箸を使える | | | | |
| 性格,癖,興味のあること等利用者(主に児童)と接するうえで留意すべき事柄を記入してください。 | | | | | | | |