　様式第１号（第７条関係）

石巻市子育て短期支援事業利用申請書

石巻市長（あて）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

次のとおり、子育て短期支援事業を利用したいので、関係書類を添えて申請します。

【ショートステイ・トワイライトステイ】どちらかを○で囲んでください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申  込  者 | 氏　名 | | ふりがな | | | | | 児童と  の続柄 | |  | | 生活保護等受給 | |
| □有　　□無 | |
| 住　所 | | 〒　　　‐　　　　〔電話　　　　－　　　　－　　　　〕  石巻市 | | | | | | | | | 市町村民税 | |
|
| □課税　□非課税 | |
| 緊急時  連絡先 | | 1. 名前【　　　　　　　　　　】（続柄：　　　　　　　）   電話　　　　　－　　　　　－ | | | | | | | | | 世帯類型 | |
| □ひとり親家庭  □養育者家庭  □その他の世帯 | |
| 1. 名前【　　　　　　　　　　】（続柄：　　　　　　　）   電話　　　　　－　　　　　－ | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | |
| 児  童 | 氏  名 | ふりがな | | | | 性  別 | 男  ・  女 | | 生年月日 | | 平・令  　　年　　月　　日生  〔　　　　歳〕 | | |
| 児  童 | 氏  名 | ふりがな | | | | 性  別 | 男  ・  女 | | 生年月日 | | 平・令  　　年　　月　　日生  〔　　　　歳〕 | | |
| 利用希望 | 期間 | 年　　　月　　　日から | | | 年　　月　　日まで | | | | | | | | 泊　　日 |
| 里親着：午前・午後（　　　時頃） | | | 迎え：午前・午後（　　　時頃） | | | | | | | |
| ※トワイライト利用時の迎え時間 | | | 時　　　分迎え（預かりは午後１０時まで） | | | | | | | | |
| 申込  みの理由 | ※内容を詳しく書いてください。  ※入院・出張等用事の予定期間：　　　　年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日  ※学校等への付添い（送迎）の希望の有無　【 有・無 】　送迎施設名（　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| ・上記により決定を受けたときは、利用期間中は石巻市の指示に従い、期間が終了したときは、必ず責任をもって児童を引き取ることを誓約いたします。  　・この申請に係る内容の審査のため、世帯の状況、市民税課税状況、生活保護受給世帯の有無について公簿等により調査することに同意します。    　　　　　　　年　　月　　日  　　　　 　　　　　　　　　　　　　　申込者署名 | | | | | | | | | | | | | |

様式第１号付表

石巻市子育て支援事業健康カード

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| お子さんの  お　名　前 | | 生年月日  平・令　　年 　月　 日 | | | | | 愛　称 |  |
| 学　校  保育所  幼稚園 | |  | | | | 学年　　（　　　　　　　　　　）  　クラス　　　　　　年　　　　組 | | |
| 学童クラブ | |  | | | | | | |
| 送迎希望の  場合の時間等 | | 送迎の場所  <　　　　　　　　　　　　> | | 送りの時間　　　　　時　　　分　まで  迎えの時間　　　　　時　　　分 | | | | |
| 緊急時の連絡先 | | | 名前【　　　　　　　　　　　】電話番号　　　（　　　　） | | | | | |
| かかりつけ  の医院等 | | 医院名 | | | 電話番号  　　　　　　　　（　　　　） | | | |
| 体　質 | アレルギ－　□なし　□あり　何のｱﾚﾙｷﾞ-ですか→ | | | | | | | |
| ぜんそく　　□なし　□あり　どんな時どの程度ですか → | | | | | | | |
| ひきつけ　　□なし　□あり　どんな時どの程度ですか → | | | | | | | |
| いままでにかかった大きな病気など　〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 | | | | | | | |
| その他注意すること | | | | | | | |
| 食べ物 | □授乳中　１回　　　　㏄　１日　　　　回　時間〔　　　　　　　　　　　　　　〕 | | | | | | | |
| □離乳中　　固さ・きざみ方〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 | | | | | | | |
| 嫌いなもの〔　　　　　　　　　　　　　〕　アレルギ－〔　　　　　　　　　　　〕 | | | | | | | |
| 食べ方 | □全面介助　　□一人で食べるが手助けが必要　　□一人で食べる〔スプーン・はし〕 | | | | | | | |
| 移　動 | □寝ている　　　□首がすわっている　　　□座ることができる　　　□寝返りができる  □はいはいする　　　　□つかまり立ち　　　　　□つたい歩きする　　　　□歩く | | | | | | | |
| 排　泄 | おむつ　 □常時している　□夜間のみ必要　　□排泄を教える　□排泄を教えない | | | | | | | |
| おもらし　□日中あり〔頻度　　　　　　〕　□夜間あり〔頻度　　　　　　　　　〕 | | | | | | | |
| 睡　眠 | □寝つきが悪い　　　□夜泣きをする　　　　□眠りが浅い | | | | | | | |
| 睡眠時間〔　　　　　　～　　　　　　〕　昼寝時間〔　　　　　～　　　　　　〕 | | | | | | | |
| 眠いとき・眠るときの習慣など | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ※薬（投薬時間、回数、種類等お知らせください。） |  | その他連絡事項 |
|
|
|