様式第１号（第６条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

世羅町子育て短期支援事業利用申請書

世羅町長　　　　　　　様

住　所

氏　名

世羅町子育て短期支援事業を利用したいので、世羅町子育て短期支援事業実施要綱第６条の規定により次のとおり申請します。

なお、申請に伴い、世帯状況の確認及び利用者負担額決定に必要な住民基本台帳、課税台帳等について閲覧することに同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業の種類 | □　ショートステイ事業  □　トワイライトステイ事業 | | | | | | | | | |
| 利用期間 | 年　　月　　日（　　）午前・午後　　時　　分から  　　　　年　　月　　日（　　）午前・午後　　時　　分まで（　　日間） | | | | | | | | | |
| 児　童 | 氏　　名 |  | | | | | 性　　別 | | 男・女 | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | | | | | 年　　齢 | | 歳 | |
| 申請者 | 氏　　名 |  | | | | | 児童との続柄 | |  | |
| 住　　所 |  | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | 緊急連絡先 | |  | | |
| 家族構成 | 氏名 | | 続柄 | | 年齢 | 職業（学校名等） | | | | 備考 |
|  | |  | |  |  | | | |  |
|  | |  | |  |  | | | |  |
|  | |  | |  |  | | | |  |
|  | |  | |  |  | | | |  |
| 申請理由 | 申請理由（当てはまる項目に○印を付けてください。）  疾病　育児疲れ　育児不安　出産　看護　事故　災害　失踪　冠婚葬祭　転勤　　出張　学校等の公的行事への参加　その他（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 備　考 | その他留意事項があれば記入してください。 | | | | | | | | | |
| 町担当者調査記入欄 | | | | | | | | | | |
| 世帯区分 | １　生活保護世帯 | | | ２　住民税非課税世帯  （ひとり親家庭・その他） | | | | ３　その他の世帯 | | |

【別紙】

生活状況調査票

世羅町子育て短期支援事業の利用に当たり、お子さんの生活及び健康面の状況を確認させていただきます。

該当するか所に○印又は具体的に記入してください。

　（記入日：　　　年　　月　　日）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 項目 | | 状　　　　　　況 | | | |
| ふりがな  児童氏名 | |  | 男・女 | 愛称 |  |
| 生年月日 | | 年　　月　　日（　　歳　　か月） | | | |
| 集団生活の経験 | | 1.なし　2.あり（保育所・認定こども園・学校名：　　　　　　　　　） | | | |
| 心　　身　　の　　状　　況 | 障害の有無 | 1.なし　2.あり（障害名：　　　　　　　　　　　　手帳　有・無　　） | | | |
| 健康状態 | 現在、感染症にかかっていますか。　　　　　　　　　（いる・いない） | | | |
| 入院治療を要する病気にかかっていますか。　　　　　（いる・いない） | | | |
| 食物アレルギーがありますか。　　　　　　　　　　　　（ある・ない）  卵・乳・大豆・小麦・そば・その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| ひきつけ・けいれんを起こしたことがありますか。　　　（ある・ない）  （熱性・泣いたとき・熱がでなくても・その他：　　　　　　　　　　） | | | |
| 湿疹・アトピー性皮膚炎・ぜんそくがありますか。　　　（ある・ない）  （薬の服用等：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| その他（疾患名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| かかりつけ医 | 医療機関名：　　　　　　　　　　　　　　　主治医名： | | | |
| 医療機関連絡先： | | | |
| コミュニケーション | 1.言葉でのコミュニケーション可　　　2.単語で伝える  3.その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 性格 | 1.おおらか　2.親しみやすい　3.よく泣く　4.几帳面　5.わがまま  6.頑固　7.こだわりがある　8.人見知りがある　9.場所見知りがある　10.短気　11.緊張しやすい　12.不安が強い　13.集団よりも一人を好む　14.落ち着きがない　15.切り替えが苦手　16.無口　17.よくしゃべる　18.苦手な音や感触がある　19.その他（　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 生活リズム | 起床（　　）時　就寝（　　）時　夜泣き（無・有）  昼寝（無・有）　有の場合（　　時～　　時） | | | |
| 寝つき | 1.一人で寝られる　2.添い寝が必要　3.その他（　　　　　　　　　　） | | | |
| 寝起き | 1.一人で起きる　2.起こされないと起きない　3.その他（　　　　　　） | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 項目 | | | 状　　　　　　況 | |
| 心身の状況 | 癖や習慣 | | 1.指しゃぶり　2.爪かみ　3.その他（　　　　　　　　　　　　） | |
| 歩行 | | 1.一人で歩ける　2.その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 食事 | 介助等 | 1.一人でできる（はし・スプーン）　2.要介助 | |
| 形　　　　態 | 1.普通食　2.その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 母乳・ミルク | 1.無　2.有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 排泄 | | 1.一人でできる　　2.要介助（　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| おむつ使用（昼夜・夜のみ） | |
| 一日平均排尿、排便回数（排尿　　　　回・排便　　　　回） | |
| 入浴 | | 1.一人で入れる　　2.一部介助　　3.全面介助 | |
| 着替え | | 1.一人でできる　　2.一部介助　　3.全面介助 | |
| 泣いたときの対応 | |  | |
| 既往歴 | | 主な病気 | 時期 |
|  |  |
|  |  |
| 予防接種歴 | | | 1.インフルエンザ菌b型（Hib）（1回・2回・3回・追加）  2.小児用肺炎球菌（1回・2回・3回・追加）  3.B型肝炎（HBV）（1回・2回・3回・追加）  4.四種混合（DPT-IPV）（第1期初回1回・2回・3回・第1期追加）  5.ＢＣＧ  6.麻しん、風しん（MR）（第1期・第2期）  7.水痘（水ぼうそう）（1回・2回）  8.日本脳炎（第1期初回1回・2回・第1期追加・第2期）  9.二種混合（DT）（第2期）  10.ヒトパピローマウイルス（HPV）（1回・2回・3回）  11.ロタウイルス（1回・2回・3回）  12.おたふくかぜ（1回・2回） | |
|  | | | 13.インフルエンザ（今シーズンの接種：無・有）  【接種日】1回目：　月　日　2回目：　月　日  14.その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| その他  （心配なこと・配慮してほしいこと） | | |  | |
| 備考 | | |  | |