

○をつけてください。

平川市子育て短期支援事業利用申請書

※ 利用希望する方へ○をつけてください。 1. 児童 2. 保護者

保育所、認定こども園、その他通所施設等記入

|  |             |   |                   |                     |                                       |      |               |  |
|--|-------------|---|-------------------|---------------------|---------------------------------------|------|---------------|--|
| ※受付  |             | 年   | 月                 | 日                   | ※整理番号                                 |      |               |  |
| 住所   |             | 平川市柏木藤山16-1   |                   |                     | 就学等状況<br>入所施設等                        |      | 〇〇保育園         |  |
| 利用者  | ふりがな<br>児童名 | ひらかわ さくら<br>平川 さくら  |                   | 性別                  | 男・ <input checked="" type="radio"/> 女 | 生年月日 | 〇〇年〇〇月〇〇日     |  |
|  | 保護者名        | 保護者の利用の際、ご記入ください<br>平川 花子   |                   | 性別                  | 男・ <input checked="" type="radio"/> 女 | 生年月日 | 〇〇年〇〇月〇〇日     |  |
| 利用期間   |             | 令和●年5月10日～令和●年5月15日(6日間)  |                   |                     |                                       |      |               |  |
| 利用を希望する日時を記入(最長7日以内)   |             | 午前・午後 9時00分～午前・午後 5時00分   |                   |                     |                                       |      |               |  |
| 利用希望理由   |             | <input type="checkbox"/> 保護者の疾病 <input checked="" type="checkbox"/> 家庭養育上の事由(出産・看護等)<br><input type="checkbox"/> 身体上又は精神上の事由 <input type="checkbox"/> 社会的な事由(冠婚葬祭・公的行事等)<br><input checked="" type="checkbox"/> 経済的問題等により緊急一時的な母子保護を必要とする場合 |                   |                     |                                       |      |               |  |
| 上記特記事項   |             | ・母、第2子出産につき入院のため<br>・育児不安のため  |                   |                     |                                       |      | 利用する期間中の理由を記入 |  |
| 児童と同居している家族  | 続柄          | 氏名  | 生年月日              | 勤務先・学校名等            | 備考                                    |      |               |  |
|  | 夫・父         | 平川 太郎   | S●●・●●・●●         | (株) ●●●建設           |                                       |      |               |  |
|  | 母           | 平川 花子   | S●●・●●・●●         | (株) ●●●販売所          | 10～15日入院                              |      |               |  |
|  | 祖父          | 平川 一郎   | S●●・●●・●●         | (株) ●●●販売所          |                                       |      |               |  |
|  | 祖母          | 平川 幸子   | S●●・●●・●●         | ●●●病院               |                                       |      |               |  |
| 緊急連絡先  | 1           | 父   | の勤務先(いる所)または 携帯電話 | ●●● - ●●●●● - ●●●●● |                                       |      |               |  |
|  | 2           | 父   | の勤務先(いる所)または 携帯電話 | ●●● - ●●●●● - ●●●●● |                                       |      |               |  |
|  | 3           | 祖母  | の勤務先(いる所)または 携帯電話 | ●●● - ●●●●● - ●●●●● |                                       |      |               |  |
| 子育て短期支援事業を利用したいので、上記のとおり利用を申請します。また、子育て短期支援事業の実施に必要な範囲において、平川市及び実施施設がこの申請書に記載された情報を利用することに同意します。 |             |   |                   |                     |                                       |      |               |  |
| 平川市長 様<br>住所<br>(申請者)氏名  |             | 申請者の住所、氏名、押印、<br>続柄を記入してください。   |                   |                     | 年 月 日                                 |      |               |  |
|  |             | Ⓜ (続柄)  |                   |                     |                                       |      |               |  |

※裏面【利用児童の状況】についてご記入ください。

|      |   |                                    |   |                                     |   |
|------|---|------------------------------------|---|-------------------------------------|---|
| ※調査日 | 年 | 月                                  | 日 | 調査員                                 | Ⓜ |
| 決定日  | 年 | 月                                  | 日 |                                     |   |
| (理由: |   | <input type="checkbox"/> 対象者と認められる |   | <input type="checkbox"/> 対象者と認められない |   |
|      |   |                                    |   |                                     |   |

●児童の状況

|         |  |   |   |      |      |
|---------|--|---|---|------|------|
| 児童氏名    | 平川 さくら   |   | ※平熱   | 36.5 | ℃    |
| 健康状態など  | 今まで大きな病気にかかったこと  | <input checked="" type="checkbox"/> ない ・ <input type="checkbox"/> ある (病名: )   | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;">                     あてはまる項目をチェックしてください。<br/>                     ※症状、対処法などできるだけ詳しく記入してください。                 </div>   | 時期:  | 年 月) |
|         | 今まで手術を受けたこと  | <input checked="" type="checkbox"/> ない ・ <input type="checkbox"/> ある (手術: )   |   | 時期:  | 年 月) |
|         | 現在、治療中の病気・けがなど   | <input checked="" type="checkbox"/> ない ・ <input type="checkbox"/> ある (病名: )   |   | 症状:  | )    |
|         | ひきつけをおこしたこと  | <input checked="" type="checkbox"/> ない ・ <input type="checkbox"/> ある (程度: )   |   | 対処法: | )    |
|         | アトピー性皮膚炎   | <input checked="" type="checkbox"/> ない ・ <input type="checkbox"/> ある (対処法: )  |   | )    | )    |
|         | アレルギー (食物・その他)   | <input type="checkbox"/> ない ・ <input checked="" type="checkbox"/> ある (種類: そば・卵 対処法: <b>食べさせない・内服薬</b> )   |   | )    | )    |
|         | アナフィラシー  | <input checked="" type="checkbox"/> ない ・ <input type="checkbox"/> ある (種類: )   |   | 対処法: | )    |
| その他 ( ) |  | )   | )   |      |      |
| 食事      | 主な時間   | 朝 ( <b>7時00分頃</b> ) 昼 ( <b>12時00分頃</b> ) 夜 ( <b>6時00分頃</b> )  |   |      |      |
|         | 食事方法   | <input type="checkbox"/> ひとりで食べる <input checked="" type="checkbox"/> 補助が必要 (程度: <input type="checkbox"/> 全部 <input checked="" type="checkbox"/> 少し )                                  |   |      |      |
|         | 食事の種類  | <input type="checkbox"/> ミルク (銘柄: )、1回量 ml、1日 回)<br><input checked="" type="checkbox"/> 離乳食 (1日 <b>3回</b> ※朝・昼・夕・その他 ( ) ) <input type="checkbox"/> 幼児食)                              |   |      |      |
|         | 好きな食べ物 ( <b>バナナ</b> )、嫌いな食べ物 ( <b>ニンジン・さかな</b> )   |   |   |      |      |
|         | 食事制限 <input type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/> ある ( <b>卵・そば</b> )              |   |   |      |      |
| 睡眠      | 主な時間   | 夜 <b>8時00分頃</b> ~ 朝 <b>6時00分頃</b> まで  |   |      |      |
|         | 寝るときのくせ:   | ( <b>タオルをにぎって寝る</b> )   |   |      |      |
|         | 昼寝 <input checked="" type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> しない |   |   |      |      |
|         | (時間) <b>13時00分頃</b> ~ <b>15時00分頃</b> まで  |   |   |      |      |
| 排泄      | 方法   | <input checked="" type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> トレーニングパンツ <input type="checkbox"/> 知らせる <input type="checkbox"/> 自立  |   |      |      |
|         | 大便秘  | <input type="checkbox"/> 1日 <input checked="" type="checkbox"/> (午前 時頃、午後 時頃) <input checked="" type="checkbox"/> 不定  |   |      |      |
|         | 小便   | <input type="checkbox"/> 時間おき <input checked="" type="checkbox"/> 不定  |   |      |      |
| 性格・発達等  | 人見知り   | <input checked="" type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない   |   |      |      |
|         | 言葉   | <input type="checkbox"/> はっきりしている <input checked="" type="checkbox"/> はっきりしていない (喃語・単語・幼児語)   |   |      |      |
|         | 歩行   | <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 自立まだ ( <input checked="" type="checkbox"/> つたい歩き・ <input type="checkbox"/> つかまり立ち・ <input type="checkbox"/> その他 ( ) ) |   |      |      |
|         | お子さんの呼び名 ( <b>さくらちゃん</b> )、好きな遊び・遊具 ( <b>つみき・絵本</b> )  |   |   |      |      |
|         | お子さんの癖や気になるところ   | <input type="checkbox"/> ない ・ <input checked="" type="checkbox"/> ある { 指しゃぶり・なんでも口に入れる・なめる など }   |   |      |      |
|         | 発達・健康についての特記事項※診断を受けている方必須   | <input checked="" type="checkbox"/> ない ・ <input type="checkbox"/> ある { }  |   |      |      |
| 備考      | 保護者の状態をご記入ください   |   | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;">                     発達状況などについて記入ください。<br/>                     ※ある場合、できるだけ詳しく記入ください。<br/>                     ※備考欄:保護者の状況を記入ください。診断を受けている場合は必ず記入してください。                 </div> |      |      |
|         | <b>育児不安あり</b>  |   |   |      |      |