

大鰐町子育て短期支援事業利用申請書

※ 利用を希望する方へ〇をつけてください。( 1. 児 童 2. 保 護 者 )

※受付		年	月	日	※整理番号			
住 所					就学等状況 入所施設等			
利 用 者	ふりがな 児 童 名				生年月日		年 月 日	
	ふりがな 保 護 者 名				生年月日		年 月 日	
利用期間		年 月 日		～	年 月 日		( 日間)	
		午前・午後		時 分	午前・午後		時 分	
利用希望理由		<input type="checkbox"/> 保護者の疾病 <input type="checkbox"/> 家庭養育上の事由(出産・看護等) <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) <input type="checkbox"/> 経済的問題等により緊急一時的に保護を必要とする場合						
上記特記事項								
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
緊 急 連 絡 先	1	の 勤務先 (いる所) または 携帯電話				—		—
	2	の 勤務先 (いる所) または 携帯電話				—		—
	3	の 勤務先 (いる所) または 携帯電話				—		—
<p>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、大鰐町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。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>大鰐町長 殿</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p>(申請者) 氏名 (続柄)</p>								

※裏面【利用児童の状況】についてご記入ください。

●児童の状況

児童氏名	※平熱 <span style="float: right;">℃</span>	
健康状態など	今まで大きな病気にかかったこと <input type="checkbox"/> ない ・ <input type="checkbox"/> ある (病名: _____)	時期: _____年 _____月)
	今まで手術を受けたこと <input 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 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 type="checkbox"/> ない ・ <input type="checkbox"/> ある (程度: _____)	対処法: _____)
	アトピー性皮膚炎 <input 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 type="checkbox"/> ある (種類: _____)	対処法: _____)
	アナフィラシー <input type="checkbox"/> ない ・ <input type="checkbox"/> ある (種類: _____)	対処法: _____)
	その他 ( _____ )	_____)
食事	主な時間 朝 ( _____ 時 _____ 分頃) 昼 ( _____ 時 _____ 分頃) 夜 ( _____ 時 _____ 分頃)	
	食事方法 <input type="checkbox"/> ひとりで食べる <input type="checkbox"/> 補助が必要 (程度: <input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 少し )	
睡眠	食事の種類 <input type="checkbox"/> ミルク (銘柄: _____、1回量 _____ ml、1日 _____ 回)	
	<input type="checkbox"/> 離乳食 (1日 _____ 回 ※朝・昼・夕・その他 ( _____ ) <input type="checkbox"/> 幼児食 )	
	好きな食べ物 ( _____ )、嫌いな食べ物 ( _____ )	
排泄	食事制限 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	
	主な時間 夜 _____ 時 _____ 分頃 ~ 朝 _____ 時 _____ 分頃まで	
性格	寝るときのくせ: ( _____ )	
	昼寝 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> しない	
	(時間) _____ 時 _____ 分頃 ~ _____ 時 _____ 分頃まで	
発達等	方法 <input 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 <input type="checkbox"/> 1日 _____ 回 (午前 _____ 時頃、午後 _____ 時頃) <input type="checkbox"/> 不定	
	小便 <input type="checkbox"/> _____ 時間おき <input type="checkbox"/> 不定	
備考	人見知り <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	
	言葉 <input type="checkbox"/> はっきりしている <input 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 type="checkbox"/> 自立まだ (□つたい歩き・□つかまり立ち・□その他 ( _____ ))	
お子さんの呼び名 ( _____ )、好きな遊び・遊具 ( _____ )		
お子さんの癖や気になるところ <input type="checkbox"/> ない ・ <input type="checkbox"/> ある { _____ }		
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 type="checkbox"/> ない ・ <input type="checkbox"/> ある { _____ }		
※保護者の状態をご記入ください		