

## 子育て短期支援事業利用兼登録申請書

令和 年 月 日

(あて先) 八代市長

保護者 住所  
電話番号  
氏名

子育て短期支援事業を利用したいので、八代市子育て短期支援事業実施要領第6条の規定により申請します。

☆ ふりがな 利用児童氏名	性別	年齢	生年月日	
	男・女	歳	平成・令和 年 月 日	
事業名	ショートステイ事業	八代ナザレ園	八代乳児院	里親
	トワイライトステイ事業(夜間)	八代ナザレ園	八代乳児院	
	トワイライトステイ事業(休日)	八代ナザレ園	八代乳児院	
日付/時間/お迎え	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
	午前・午後 : ~ 午前・午後 :			
利用の理由				
具 体 的 な 理 由	ショート ステイ	疾病・出産・看護 医療機関名 ( )		
		対象者 ( ) 期間(令和 年 月 日 ~ 月 日)		
		冠婚葬祭・学校等の公的事業への参加 行事名 ( )		
	出張 行き先 ( ) 期間(令和 年 月 日 ~ 月 日)			
	トワイライト ステイ(仕事)	父	勤務先 ( )	TEL ( )
母		勤務先 ( )	TEL ( )	
☆ 緊急連絡先 (携帯電話等)	TEL - - 児童との続柄 ( )			
備 考	朝食 昼食 夕食			
	※児童の健康状態について、気になることがあれば、記入してください。			

※今年度初めて利用される方は、別紙もご記入ください。

※登録のみの方は、☆印の記入欄と別紙もご記入ください。

施設の承諾  FAX済

家族状況等

世帯構成員	氏名	児童との続柄	生年月日	連絡先（TEL）
			S・H・R 年 月 日	TEL:
			S・H・R 年 月 日	TEL:
			S・H・R 年 月 日	TEL:
			S・H・R 年 月 日	TEL:
母の状況	就労 無・有（ ）就労時間 時 分 ～ 時 分			
	出産・疾病・介護等			
	医療機関名（ ）対象者（ ）			
	その他			
父の状況	就労 無・有（ ）就労時間 時 分 ～ 時 分			
	疾病・介護等 医療機関名（ ）対象者（ ）			
	その他			
祖父母の状況	父方（同居・別居→市内・市外）保育不可の理由 老齢・遠方・就労・疾病（ ）			
	母方（同居・別居→市内・市外）保育不可の理由 老齢・遠方・就労・疾病（ ）			
家庭状況	生活保護・住民税非課税・母子家庭・父子家庭・その他の世帯			
登録児童の状況	幼稚園・保育園	園名	学年	
	小・中・高	学校名		
児童の健康状況等	1、発育の遅れ（ 無・有→ことば・知能・手足・視覚・聴覚・首のすわり・その他）			
	療育手帳（ - ） 障がい内容（ ）			
	障がい者手帳（ - ） 障がい内容（ ）			
	*手帳の写しを添付してください。			
	アレルギー（ 無・有 ） アレルギー内容（ ）			
その他児童の健康について				

日常生活の状況等

※0歳～18歳を対象とするため、年齢によって不適当な質問項目については、回答不要です。

寝起	着脱衣等	排泄	食事
すぐ起きる	脱衣できる	排尿自立	偏食の有無
すぐ寝つく	着衣できる	排便自立	量（多・普通・少）
熟睡できる	洗髪ができる	夜尿がある	速度（速・普通・遅）
	洗面ができる	夜便所に行く	箸を使える

※以下の欄への記入は不要です。

保護者負担金：ショートステイ事業 1日 \_\_\_\_\_ 円  
 トワイライトステイ事業（休日利用） 1日 \_\_\_\_\_ 円  
 トワイライト事業（夜間） 1日 \_\_\_\_\_ 円