

荒川区ショートステイ事業利用申請書

下記の理由により、ショートステイ事業の利用申請をします。 年 月 日 申請者 住所 電話 氏名(自署) 続柄						
利用日時	年 月 日() ~ 年 月 日() 午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分 入退所時間は厳守してください。変更がある場合は原則事前にご連絡ください。					
利用理由	1 疾病 (保護者の通院、入院等)	患者名: 続柄() 診断名: 病院名: 通院: 回/週 入院: 月 日 ~ 月 日				
	2 身体又は精神上 事由(育児疲れ)					
	3 家庭養育上事由 (介護・看護等、出産)	介護、看護等 被介護者名: 続柄() 状況: 入院・自宅療養・通院(回/週)・通所(回/週) 出産 出産予定日: 年 月 日 病院名:				
	4 社会的事由 (出張、冠婚葬祭、 学校行事等)	出張 出張先: 勤務先名: 電話番号: 就労曜日: 時間: 時 分 ~ 時 分 冠婚葬祭(続柄や場所など記載) 学校行事(行事名や実施日など記載)				
	5 その他					
児童の 氏名等	ふり 氏	がな 名	性別	生 年 月 日 (歳・ 年)	学校・保育園・幼稚園	
				年 月 日 (歳・ 年)		
				年 月 日 (歳・ 年)		
				年 月 日 (歳・ 年)		
利用者の 健康状態 留意事項						
保護者 および 家族	ふり 氏	がな 名	続柄	年齢	勤務先・就学・就園先	電話番号

緊急 連絡先	氏名	続柄	住所	電話番号
健康保険	国民健康保険加入 ・ 社会保険加入 ・ その他			
利用日数	計 日	食事の回数	朝食 回、昼食 回、夕食 回	
送 迎		対応者	送迎場所	時 間
	入所時		施設・()	時 分
	所属先 (該当者のみ)	-		(送) 時 分
		-		(迎) 時 分
	退所時		施設・()	時 分
負担額の特例認定の有無	有(生活保護世帯・非課税世帯)・ 無(課税世帯)			

利用上の注意事項

- 1 ショートステイ利用の審査に必要な範囲内において、申請者及びその世帯の情報について公簿等により確認させていただきます。
- 2 申請書及び児童票に記入された情報について、ショートステイ事業受託者に提示させていただきます。
- 3 利用当日のお子様の健康状態によっては、利用をお断りすることがあります。
例(発熱、感染症、常時処置が必要なけがや病気等)
- 4 利用中にお子様がけがや病気をした場合、ショートステイ受託事業者は直ちに保護者または緊急連絡先に連絡を取るよう努めますが、どちらとも連絡が取れない場合、ショートステイ受託事業者が必要と判断する措置をとらせていただきます。
- 5 利用中に医療機関にかかった時の医療費、送迎費等は、別途保護者負担となります。
- 6 利用中に施設の設備、器具等を破損した場合は、実費相当額を弁償していただくことがあります。

利用申請にあたって、上記の注意事項に同意します。

申請者氏名(自署)