

荒川区協力家庭ショートステイ事業利用申請書

下記の理由により、協力家庭ショートステイ事業の利用申請をします。 荒川区長 殿 年 月 日 申請者 住所 荒川区 丁目 番 号 氏名(自署) 児童との続柄					
利用日時	年 月 日 () ~ 年 月 日 () 午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分				
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	氏名	性別	生年月日	学校・保育園・幼稚園名	
			年 月 日 (歳・ 年)		
			年 月 日 (歳・ 年)		
児童の健康状態及び留意事項		別紙「児童の健康状況」のとおり			
保護者及び家族	氏名	続柄	年齢	勤務先・就園・就学先	電話番号

緊急 連絡先	ふり 氏 名		続柄	住 所			電話番号	
	1							
	2							
健康保険	国民健康保険加入 ・ 社会保険加入 ・ その他 ()							
必要となる食事の回数			朝食	回	昼食	回	夕食	回
協力家庭への送迎者	送	母 ・ 父 ・ その他()			迎	母 ・ 父 ・ その他()		
基本負担額特例認定の有無		有 (被保護世帯 ・ 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 申請書及び児童の健康状況に記入された情報については、養育を依頼する協力家庭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 利用中にお子様がかげや病気をした場合、協力家庭は直ちに保護者又は緊急連絡先に連絡をとるよう努めますが、どちらとも連絡が取れない場合は、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ときの医療費、送迎費等は、別途保護者の負担となります。
- 6 利用中に協力家庭宅の設備、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場合があります。

利用申請に当たって、上記の注意事項に同意します。

申請者氏名 (自署) _____