

様式第1号（第5条関係）

子育て短期支援事業申請書

令和 年 月 日

薩摩川内市長 田中 良二 様

申請者 住所

氏名

㊞

利用者との続柄

下記のとおり子育て短期支援事業を利用したいので、薩摩川内市子育て短期支援事業実施要綱第5条の規定により申請します。

記

利用者氏名		性別	男・女	年齢	歳
保護者氏名				申請者が保護者の場合は記入不要	
住所					
利用事業	1 ショートステイ事業		2 トワイライトステイ事業		
利用の理由					
利用期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで（ 日間） 利用時間 : から : まで				
利用施設名					
緊急連絡先	電話番号				
備考					

（注）市町村民税非課税世帯については、添付書類として市町村民税の課税のない証明書を付すること。

～うら面も記入してください。～

利 用 者 の 状 況

利用者の健康状況等	健康状況・・・・・・・・・・（強健・普通・病気がち）						
	既往病・・・・・・・・・・（有り「病名」、無し）						
服薬・・・・・・・・・・（有り・無し）							
アレルギーの有無・・・・・・・・（有り「」、無し）							
その他の特記事項等							
.....							
.....							
.....							
.....							
.....							
保険証記号番号							
日常生活の状況等	寝起		すぐ起きる	排泄		排尿自立	※0歳～18歳を対象とするため、年齢によって不適切な質問項目については、回答は不要です。
			すぐ寝つく			排便自立	
			熟睡できる			夜尿がある	
	着脱衣等		脱衣できる	食事		夜便所に行く	
			着衣できる			偏食の有無	
			洗髪ができる			量（多・普通・少）	
	洗面ができる		速度（速・普通・遅）		箸を使える		
性格、癖、興味のあること等利用者（主に児童）と接するうえで留意すべき事柄を記入してください。		.....					
		.....					
		.....					
		.....					
		.....					