

荒川区協力家庭ショートステイ事業利用申請書

荒川区長 殿				
年 月 日				
申請者 住 所 荒川区 丁目 番 号				
氏 名 印 児童との続柄				
下記の理由により、荒川区協力家庭ショートステイ事業の利用を申請いたします。				
利用日時	年 月 日 () 午前・午後 時 分 ~ 年 月 日 () 午前・午後 時 分 (日利用)			
申請理由	(1 疾病 2 身体又は精神上事由 3 家庭養育上事由 4 社会的事由 5 その他)			
申請理由の詳細	疾病	患者名： 続柄 () 診断名： 病院名： 通院： 回/週 入院： 月 日 ~ 月 日		
	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：		
	出張	勤務先名： 電話番号： 就労日時：月・火・水・木・金・土・日・不定期 時 分 ~ 時 分		
	冠婚葬祭			
	その他			
利用児童	氏 名	性別	生 年 月 日	学校・保育園・幼稚園名
			年 月 日 (歳)	
			年 月 日 (歳)	
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		
保護者及び家族欄 (利用児童を除く。)	氏 名	続柄	生 年 月 日	電話番号
			年 月 日 (歳)	
			年 月 日 (歳)	
			年 月 日 (歳)	
			年 月 日 (歳)	

緊急 連絡先	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 利用中にお子様のがけや病気をした場合、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 _____ 印 _____	