

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                                                       |                | 印 続柄       |
| 利用日時                         |        | 年 月 日 ( ) ~ 年 月 日 ( )<br>午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分            |                |            |
| 利用理由                         |        | (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)                |                |            |
| 利用理由の詳細                      | 疾病     | 患者名： 続柄 ( ) 診断名：<br>病院名：<br>通院： 回／週 入院： 月 日 ~ 月 日         |                |            |
|                              | 介護・看護等 | 被介護者名： 続柄 ( )<br>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： 出張先：<br>電話番号：<br>就労日時：月・火・水・木・金・土・日・不定期 時 分 ~ 時 分   |                |            |
|                              | 冠婚葬祭   |                                                           |                |            |
| 児童の氏名等                       | 氏 名    | 性別                                                        | 生 年 月 日        | 学校・保育園・幼稚園 |
|                              |        |                                                           | 年 月 日<br>( 歳 ) |            |
|                              |        |                                                           | 年 月 日<br>( 歳 ) |            |
|                              |        |                                                           | 年 月 日<br>( 歳 ) |            |
| 利用者の健康状態<br>留意事項             |        |                                                           |                |            |
| 保護者および家族                     | 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<br>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 |                               |    |    |      |      |
| 送迎          | 有      ・      無                             | 必要となる食事の回数                    |    | 朝食 | 回、昼食 | 回、夕食 |
| 利用日数        | 計      日                                    | 送迎者                           | 送  |    | 迎    |      |
| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。<br/>例（発熱、感染症、常時処置が必要なけがや病気等）</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>6    利用中に施設の設定、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。</p> <p>利用申請にあたって、上記の注意事項に同意します。</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名      印</p> |  |