

川越市子育て短期支援事業登録・利用申請書

（提出先）

川越市長

申請者（保護者）

住 所：

氏 名： 児童との関係（ ）

連絡先： （ ）

川越市子育て短期支援事業の利用のため、次のとおり申請します。

また、この申請書に記載された情報を実施施設に提供することに同意します。

なお、利用負担額決定のため、川越市が保有する私の世帯にかかる住民基本台帳及び市民税課税台帳等の確認について、川越市長にその権限を委任します。

希望する 短期支援	<input type="checkbox"/> 短期入所生活援助（ショートステイ）事業 <input type="checkbox"/> 夜間養護等（トワイライトステイ）事業				
（ふりがな） 児童氏名					
児童生年月日 （年 齢） 性 別	年 月 日生 （ 歳） 男 ・ 女	年 月 日生 （ 歳） 男 ・ 女			
通園（通学） 施設	名称： 住所： 電話：	名称： 住所： 電話：			
利用 申請期間	年 月 日 から 年 月 日				
世 帯 構 成 員	氏 名	続 柄	生 年 月 日	年 齢	電話番号（緊急連絡先）
	1		年 月 日		（自宅・携帯・勤務先）
	2		年 月 日		（自宅・携帯・勤務先）
	3		年 月 日		（自宅・携帯・勤務先）
世帯区分	1 市民税非課税世帯で児童扶養手当を受給している。 または生活保護世帯 2 市民税課税世帯で児童扶養手当を受給している。 または市民税非課税世帯（児童扶養手当を受給していない。） 3 上記以外の世帯				

● 児童の状況

児童氏名		
現在の病気	なし・あり() 服薬:なし・あり ありの場合(薬名:)	なし・あり() 服薬:なし・あり ありの場合(薬名:)
既往歴等	肺炎・ぜん息・脱臼・ひきつけ・ その他() (入院、手術など)	肺炎・ぜん息・脱臼・ひきつけ・ その他() (入院、手術など)
発育、発達等で気になること		
主治医名	医療機関名: 医師名: (電話番号)	医療機関名: 医師名 (電話番号)
食物アレルギー	卵・牛乳・小麦粉・そば・ピーナッツ その他()	卵・牛乳・小麦粉・そば・ピーナッツ その他()
食事	苦手な食べ物:	苦手な食べ物:
	食べる量:多い・普通・少なめ	食べる量:多い・普通・少なめ
	食べ方:ひとりで食べる・一部介助・全介助	食べ方:ひとりで食べる・一部介助・全介助
着替え	ひとりで出来ますか: はい・いいえ 下着:おむつ・パンツ 夜間のおむつ使用:あり・なし	ひとりで出来ますか: はい・いいえ 下着:おむつ・パンツ 夜間のおむつ使用:あり・なし
睡眠	夜泣き: する・しない 泣きやませ方()	夜泣き: する・しない 泣きやませ方()
	寝るときのくせ:一人寝・添い寝・おんぶ・ 抱っこ・その他 ()	寝るときのくせ:一人寝・添い寝・おんぶ・ 抱っこ・その他 ()
配慮してほしいこと		

※お子さんの年齢によっては、質問がそぐわないものもあります。ご了承ください。