第１号様式（第１０条関係）

**品川区乳幼児ショートステイ利用申込書**

　　　　　　　　　年　　月　　日

　品川区長　あて

　下記のとおり乳幼児ショートステイ事業の利用を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込者 | 住所 | 品川区 | | | | | | | | | | | | | | | |
| ふりがな |  | | | 子との続柄 | | 職業 | 連絡先：自宅  連絡先：携帯  連絡先：勤務先等 | | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | |  | |  |
| 利用期間 | 年　　月　　日（　）　　時　　から　　　年　　月　　日（　）　　時　まで　〔　　泊　　日〕 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申込理由 | **該当する理由を○で囲んでください。**  （1）病気や出産のため入院または自宅療養をするため　(4) 仕事で出張するため  （2）家族の病気の介護や看護のため　　　　　　　　　(5) その他  (3) 冠婚葬祭に出席するため　　　　　　　　　　　　 (　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用児童 | ふりがな | |  | | 男・女 | 年　　　　月　　　　日生（　　　歳）  保育園名：　　　　　　　　　　　電話番号（　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | |  | |
| 健康状態  ・  注意事項 | | (1) ミルク：　　　ml　　回（夜間　　　ml　　回） ミルクの種類：一般/フォローアップ  (2) 離乳食：（初期・中期・後期）１日　　　回/　粥　（ペースト・粒）  　　　　　　摂取したことがある食材に○をつけてください  　　　　　（かつお出汁/豆腐/白身魚/みそ汁/ささみ/卵黄/小麦/卵白/えび・かに）  (3) 食物アレルギー：無・有（卵/乳/小麦/その他　　　　　　　　　　　　　　　　）  (4) 睡眠（就寝　　時頃、起床　　時頃、昼寝　　時頃～　　時頃）  (5) 既往歴：無・有（病名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　）  (6)1か月以内に以下の症状あった場合○をつけてください。  　 発熱・咳・鼻汁・下痢・嘔吐・発疹・その他（　　　　　　　　　　　　　　　）  (7)受診：無・有/内服薬：無・有（薬名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  (8)検査：無・有（インフル・コロナ・ＲＳ・アデノ・その他　　　　　　　　　　）  (9)他施設の利用：無・有（保育園・ショートステイ・その他　　　　　　　　　　　）  　 利用機関の感染症：無・有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  (10)その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| 緊急連絡先  （申込者以外の保護者等） | 連絡順 | | 氏名 | | 続柄 | | 職業 | 連絡先（勤務先・電話番号など） | | | | | | | | | |
|  | |  | |  | |  |  | | | | | | | | | |
|  | |  | |  | |  |  | | | | | | | | | |
|  | |  | |  | |  |  | | | | | | | | | |
| 健康保険 | 種類 | | 国保・社保・組合・共済 | 保険者名称 | | |  | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | |  |
| 記号番号 | | | ― | | 保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 世帯状況 | □生活保護受給中（担当ワーカー名　　　　　　　　）　　□家族全員が住民税非課税世帯　　　□その他  ※私の課税状況の確認については、子ども家庭支援センター所長が税務課で保管している課税台帳により行うことを同意します。  氏名： | | | | | | | | | | | | | | | | |

※記載いただいた内容は、実施している事業所へ共有させていただきます。