

品川区乳幼児ショートステイ利用申込書

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				
	ふりがな		続柄	連絡先	
	氏名				
一人目	ふりがな		性別	生年月日	
	氏名				
二人目	ふりがな		性別	生年月日	
	氏名				
三人目	ふりがな		性別	生年月日	
	氏名				
四人目	ふりがな		性別	生年月日	
	氏名				
第1希望	入所日	入所時間	退所日	退所時間	泊数
申込理由	<b>該当する理由に☑してください。</b>				
	<input type="checkbox"/> 疾病により入院または療養するため <input type="checkbox"/> 出産により入院または療養するため <input type="checkbox"/> 家族の看護・介護に従事するため <input type="checkbox"/> 育児疲れ、育児不安など身体上または精神上の事由があるため <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭等に出席するため <input type="checkbox"/> 仕事において宿泊を伴う出張するため <input type="checkbox"/> 事故または災害にあったため				
第2希望	入所日	入所時間	退所日	退所時間	泊数
申込理由	<b>該当する理由に☑してください。</b>				
	<input type="checkbox"/> 疾病により入院または療養するため <input type="checkbox"/> 出産により入院または療養するため <input type="checkbox"/> 家族の看護・介護に従事するため <input type="checkbox"/> 育児疲れ、育児不安など身体上または精神上の事由があるため <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭等に出席するため <input type="checkbox"/> 仕事において宿泊を伴う出張するため <input type="checkbox"/> 事故または災害にあったため				
第3希望	入所日	入所時間	退所日	退所時間	泊数
申込理由	<b>該当する理由に☑してください。</b>				
	<input type="checkbox"/> 疾病により入院または療養するため <input type="checkbox"/> 出産により入院または療養するため <input type="checkbox"/> 家族の看護・介護に従事するため <input type="checkbox"/> 育児疲れ、育児不安など身体上または精神上の事由があるため <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭等に出席するため <input type="checkbox"/> 仕事において宿泊を伴う出張するため <input type="checkbox"/> 事故または災害にあったため				
【対象：第2希望・第3希望を記入した方】 2回の利用を希望しますか。 ※最大2回まで利用することができます。			<input type="checkbox"/> 希望します。 (希望する方は☑してください)		
【対象：第3希望まで記入した方】 上記希望日以外の日程を希望しますか。 ※希望日以外の日程を希望した場合、申込者多数により希望した日程で予約することができなかった際に空いている日程があれば下記内容に基づいて職員が日程を決定します。 ※空き状況によっては希望泊数よりも短い日程となる場合があります。				<input type="checkbox"/> 希望します。 (希望する方は☑してください)	
希望泊数をご記入ください	予定等で利用できない日があればご記入ください				

※「その他」に該当する場合、事前に品川区子ども家庭支援センターへ電話にてご連絡ください。

※決定された日程は利用施設へ共有します。

品子家セ発第 号  
年 月 日

## 品川区乳幼児ショートステイ事業利用決定通知書

様

品川区長

年 月 日付で申込みのあった品川区乳幼児ショートステイ事業の利用について、下記のとおり利用が決定したので、品川区乳幼児ショートステイ事業実施要綱第10条第1項の規定に基づき通知します。

利用決定日	入所日	入所時間	退所日	退所時間	泊数
	利用料				
利用決定日	入所日	入所時間	退所日	退所時間	泊数
	利用料				
児童	施設の名称				
	施設の所在地				
	フリガナ氏名		性別	生年月日	
	フリガナ氏名		性別	生年月日	
	フリガナ氏名		性別	生年月日	
児童	施設の名称				
	施設の所在地				
	フリガナ氏名		性別	生年月日	
住所	〒				
注意事項	<p>1 利用日程、入退所時間を変更したい場合、速やかに品川区電子申請サービスにて申請してください。 ※利用日程を変更する場合、利用決定日の範囲内での変更になります。</p> <p>2 入所前のお子さん又は同居する家族の健康状態によっては、利用をお断りする場合があります。</p> <p>3 利用を辞退する場合、利用開始日の前日午後5時までに電話にてご連絡ください。 利用を開始する日の前日午後5時以降の連絡になる場合、1日分の利用料がかかります。</p> <p>4 利用期間中は、施設の指示に従ってください。</p> <p>5 利用期間中もお子さんの発熱や体調不良等により、お迎えを依頼することがありますので、入所中も連絡が取れ、お迎えが行けるようご準備お願いいたします。 緊急連絡先に記載する方にも、その旨お伝えください。</p> <p>6 利用を終了する日には、速やかにお子さんを迎えにきてください。</p> <p>7 利用中の児童が、施設の建物・設備および器具を毀損または紛失した場合は、損害相当額を弁償していただくことがあります。</p>				

連絡先： 品川区子ども家庭支援センター  
TEL：

第3号様式（第10条関係）

品子家セ発第 号

令和 年 月 日

様

品川区長 印

品川区乳幼児ショートステイ事業利用不可決定通知書

年 月 日付で申込みのあった品川区乳幼児ショートステイ事業の利用について、下記の内容で利用不可が決定したので、品川区乳幼児ショートステイ事業実施要綱第10条第1項の規定に基づき通知します。

記

1. 乳幼児の氏名

2. 利用不可理由

3. 利用決定者の日程変更・辞退に伴う空き枠について

利用決定者の日程変更・辞退により、空き枠が出た場合には、審査によって決定された優先順位に基づいて電話にてご連絡させていただきます。

以上

連絡先：品川区子ども家庭支援センター

TEL：

品川区乳幼児ショートステイ利用日程変更申込書

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日程変更を申請します。

申込者	住所				
	ふりがな		続柄	連絡先	
	氏名				
児童	利用する施設の名称				
	ふりがな		性別	生年月日	
	氏名				
	ふりがな		性別	生年月日	
	氏名				
	ふりがな		性別	生年月日	
	氏名				
児童	利用する施設の名称				
	ふりがな		性別	生年月日	
	氏名				
決定日程を受けた	入所日	入所時間	退所日	退所時間	泊数
希望日程	入所日	入所時間	退所日	退所時間	泊数
変更理由					

※利用日程を変更する場合、決定を受けた日程の範囲内での変更になります。

※変更された利用日程、入退所時間は利用施設へ共有されます。

品子家セ発第 号  
年 月 日

品川区乳幼児ショートステイ事業利用 日程変更 ・ 取り消し 通知書

様

品川区長

年 月 日付決定の品川区乳幼児ショートステイ事業の利用申込について、下記のとおり変更しましたので、品川区乳幼児ショートステイ事業第 条の規定に基づき通知します。

児童	施設の名称				
	施設の所在地				
	フリガナ氏名		性別	生年月日	
	フリガナ氏名		性別	生年月日	
フリガナ氏名		性別	生年月日		
児童	施設の名称				
	施設の所在地				
	フリガナ氏名		性別	生年月日	
住所	〒				
利用決定日	入所日	入所時間	退所日	退所時間	泊数
変更後の日程	入所日	入所時間	退所日	退所時間	泊数
日程変更・取り消し理由					
納付額		日程変更・取り消し後の利用料		返金額	

品川区子ども家庭支援センター  
連絡先： TEL：