《 記 入 例 ※裏面あり 》

様式第１号

令 和 ４ 年度　弘 前 市 ショートステイ 利 用 申 込 書

※受付　　年　　月　　日	※整理番号	

住所	弘前市大字上鍛町１番地１　メゾン白鍛A-101号　TEL 0172 － 35 － 1111			
利用児童	フリガナ　ヒロサキ　サクラ 氏 名　弘前　さくら	性別 男 (女)	生 年 月 日 (平成)・令和　30年 10月 10日	入 所 施 設 等 ○○保育園

保育園、認定こども園、その他通所施設などを利用している場合は、記入してください。

利用希望期間	令和 4 年 4 月 8 日 (午前)・午後 10 時 30 分 ～	令和 4 年 4 月 13 日 午前・(午後) 3 時 00 分

利用を希望する日時を記入してください。（原則として、最長6泊7日まで）

利用希望理由	ア　児童の保護者の疾病など イ　育児疲れ、慢性疾患児の看病疲れ、育児不安など身体上又は精神上の事由 (ウ) 出産、看護、事故、災害、失踪など家庭養育上の事由 エ　冠婚葬祭、転勤、出張や学校等の公的行事への参加など社会的な事由 オ　経済的問題、その他の理由により緊急一時的に母子保護を必要とする場合

ア～オのうち、あてはまるものを○ で囲んでください。(詳細は備考に記入)

児童と同居している家族	続柄	氏　名	生 年 月 日	勤務先・施設名等	備　考
	母	弘前　花子	S 58 ・ 6 ・ 6	㈱△△販売	※母子での利用 希望する・(希望しない)
	父	弘前　一郎	S 58 ・ 6 ・ 6	㈱○○販売	
	祖母	弘前　幸子	S 58 ・ 6 ・ 6	●●病院	
			・　・		
			・　・		
			・　・		

あてはまるものを○ で囲んでください。

利用児童と同居している親族等の全員を記入してください。

緊急連絡先				
1	父 の (勤務先)(いる所)　または　携帯電話	0172 － 35 － 1131
2	父 の 勤務先（いる所）　または (携帯電話)	080 － 8888 － 8888
3	祖母 の 勤務先（いる所）　または (携帯電話)	090 － 9999 － 9999

優先順位の高いものから記入してください。

ショートステイを利用したいので、上記のとおり利用を申し込みます。
また、弘前市が、利用料算定に必要な市町村民税の情報（同一世帯者を含む。）及び世帯情報を閲覧すること並びにショートステイの実施に必要な範囲において、実施施設がこの申込書に記載された情報を利用することに同意します。

令和 4 年 4 月 1 日

弘 前 市 長　　様

保護者氏名　　弘前　一郎

※本人が自署しない場合は、記名押印してください。

備　考

・母、第二子出産による入院のため
（4月11日帝王切開による出産予定）

利用希望理由の詳細などを記入してください。

（※裏面【利用児童の状況】についてもご記入ください。）

《記入上の注意》

○　太線の中のみを記入してください。（※欄は記入しないでください。）

○　２人以上の児童を同時に申し込む場合は、それぞれの児童毎に１枚の用紙を用いてください。

○　裏面【登録児童の状況】についても必ず記入してください。

【利用児童の状況】

健康状態など	平　熱　　36.7　℃ 今まで大きな病気にかかったこと ☑ ない　・　☐ ある　（病　名：　　時期：　　年　　月） 今まで手術を受けたこと ☑ ない　・　☐ ある　（手術箇所：　　時期：　　年　　月） 現在、治療中の病気・けがなど ☑ ない　・　☐ ある　（病　名：　　症　状： ひきつけをおこしたこと ☑ ない　・　☐ ある　（頻　度：　　対処法： アトピー性皮膚炎 ☑ ない　・　☐ ある　（対処法：　　） アレルギー（食物・その他） ☐ ない　・　☑ ある　（種　類：　卵　　対処法：　食べない、内服薬　　） アナフィラキシーショック ☑ ない　・　☐ ある　（種　類：　　対処法：　　）
食事	主な時間　　朝（　7　時　30分頃）　昼（　12　時　00分頃）　夜（　6　時　00分頃） 食事方法　　☐ ひとりで食べる　☑ 補助が必要（ 程度：　☐全部　☑ 少し　） 食事の種類　☐ミルク（銘柄：　　、１回量：　　ml、１日　　回） ☑離乳食（１日　3　回　※ 朝・昼・夕・その他（　　））　☐幼児食 好きな食べ物　（　バナナ　）、 嫌いな食べ物（　野菜　） 食事制限　　☐ ない　☑ ある（　　）
睡眠	主な時間　　夜　9　時　00　分頃　～　朝　6　時　00　分頃まで 寝るときのくせ（　タオルを持って寝る　） 昼　寝　　☑ する　　☐ ときどき　　☐ しない （時　間）　　13　時　00　分頃　～　15　時　00　分頃まで
排泄	方　法　☑ オムツ　☐ トレーニングパンツ　☐ 知らせる　☐ 自立 大　便　☐ １日　　回（午前　　時頃、午後　　時頃）　☑ 不定 小　便　☐　　時間おき　☑ 不定
性格・発達など	人見知り　☑ する　☐ しない 言　葉　☐ はっきりしている　☑ はっきりしない（ 喃語 ・ 単語 ・ 幼児語 ） 歩　行　☑ 自立　☐ 自立まだ〔☐つたい歩き　☐つかまり立ち　☐その他（　　）〕 お子さんの呼び名（　さくらちゃん　）、好きな遊び・遊具（　つみき、絵本 お子さんのくせや気になるところ ☐ ない　・　☑ ある（　指しゃぶり、なんでも口に入れる 発達・健康についての特記事項（※診断を受けている方必須） ☑ ない　・　☐ ある（

あてはまる項目をチェックしてください。
※症状、対処法などはできるだけ詳しく記入してください。

生活習慣などについて記入してください。

発達状況などについて記入してください。
※「ある」の場合、できるだけ詳しく記入して下さい。（療育を受けいているかなど）
※診断を受けている場合は必ず記入してください。

お問い合わせ先

〒036－8551
弘前市大字上白銀町１－１

弘前市役所 こども家庭課 子育て相談係
TEL：0172-35-1111
（内線 299・354）