

第 年 月 日 号

港区乳幼児等ショートステイ利用申込書

港区長 様

下記により申込みます。
 なお、利用にあたっては、注意事項を守ります。

申込者 〒 -
 住 所
 氏 名

利用期間

令和 年 月 日 () 時から令和 年 月 日 () 時まで

申込み理由

- 1 病気や出産のため入院又は自宅療養するため
- 2 家族の病気の介護や看護のため
- 3 冠婚葬祭に出席するため
- 4 仕事で出張するため
- 5 その他

児 童	フリガナ 氏 名		男 女	生年月日	年 月 日 (歳)	
	住 所	〒 港 区				
	通園先	有・無	名称・電話番号 所在地	TEL		
保 護 者 及 び 家 族	【養育上注意すべき事項】					
	①[ミルク ml 回 (夜間 ml 回)] 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/味噌汁/ささみ/卵黄/小麦/卵白/えび/かに) ③[食物アレルギー(有・無) 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(有・無) 病名: 薬剤名:] 1ヶ月以内に以下の症状があった場合は全てに○をつけてください 発熱・咳・鼻汁・下痢・嘔吐・発疹・その他 () 受診 (有・無) 内服薬 (有・無) 薬剤名 検査 (有・無) インフルエンザ・コロナ・RSウイルス・アデノウイルス・溶連菌・ノロウイルス・ロタウイルス・その他 ⑥[他機関の利用(有・無) 一時預かり・ショートステイ・その他()] 利用機関の感染症(有・無)病名:]					
保 護 者 及 び 家 族	氏 名	児童との関係	自宅電話	緊急連絡先名称・電話		

減免の事由 生活保護 住民税非課税

※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。

課 長	係 長	係 員

氏 名 _____

麻布・済生会・Pokke