第1号様式　　（子ども家庭支援センター保管用）

第　　号
年　　月　　日

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	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	

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		TEL
			所在地		

【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[食物ｱﾚﾙｷﾞｰ(　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