

別記

第1号様式（第8条関係）

大田区乳幼児ショートステイ利用申請書（東京都済生会中央病院附属乳児院）

年 月 日

（宛先）大田区長

ショートステイ事業を利用したいので、次のとおり申請します。なお、利用するにあたり以下のことに同意します。

- 1 利用料金を決定するため、区が申請者及び同一世帯の住民記録、課税状況を確認すること
- 2 乳幼児ショートステイ受託事業者へ、申請者の住所、氏名等の申請書に記載した個人情報のインターネットメール等を介した提供

申請者	住所	〒			
	ふりがな		子の続柄	電話（携帯等）	
	氏名			勤務先等	
メールアドレス					
期間利用	年 月 日（ ） 時 分から 年 月 日（ ） 時 分まで [泊 日]				
申請理由	該当する理由を○で囲んでください。 1 病気又は出産のため入院する 2 身体的又は精神的な理由で保護者等が体調不良 3 親族の病気等の介護に当たる 4 冠婚葬祭へ出席する 5 就業又は仕事で出張する 6 学校等の公的行事等へ参加する 7 事故や災害等にあった 8 レスパイト（休息）をする 9 その他（ ）				
利用乳幼児情報	ふりがな		性別	生年月日	年齢
	氏名		男・女	年 月 日	歳 ヶ月
	健康状態・注意事項	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（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 常食（幼児）1日 回 4 食物アレルギー（無・有） 卵／乳／小麦／大豆／米／その他（ ） 5 既往歴（無・有）病名： 服薬：（無・有） 6 睡眠（就寝 時 分頃、起床 時 分頃、昼寝 時 分頃～ 時 分頃）			
備考					
申請者以外の緊急連絡先	氏名		子の続柄		連絡先

