

年 月 日

武蔵野市長 殿

申請者

住 所 武蔵野市緑町2-2-28

フリガナ ムサシノ タロウ

氏 名 武蔵野 太郎

電話番号 0422-60-1850

メールアドレス XXX@city.musashino.lg.jp

子育てショートステイ利用申請書兼利用料等減免申請書

子育て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、申請者の世帯状況等、審査に必要な情報を武蔵野市の保有する公簿等により確認すること及び申請内容に虚偽があると認められた場合等は子育てショートステイの費用の全部又は一部を支払うことについて、同意します。

世帯全員(同居)の状況	フリガナ氏名	続柄	生年月日	職業、保育園、幼稚園、学校名等	利用希望期間
	ムサシノ タロウ 武蔵野 太郎	申請者本人	S63.1.1	会社員	~
	ムサシノ ハナコ 武蔵野 花子	長女	R2.1.1	〇×小学校	2026/4/1~2026/4/3
	ムサシノ ジロウ 武蔵野 次郎	長男	R3.1.1	〇×保育園	2026/4/1~2026/4/3

申請者が同居家族ではない場合、利用希望者の住所	武蔵野市
-------------------------	------

申請理由 *いずれかに「〇」をつけてください。	<ul style="list-style-type: none"> 1 死亡、行方不明、拘禁等で保護者が不在のため 2 病気、出産、事故等で保護者が入院するため 3 同居親族の入院患者を保護者が看護するため 4 災害復旧等で保護者が児童を養育することができないため 5 冠婚葬祭、転勤、出張、学校等の公的行事への参加等社会的な事由で保護者が児童を養育することができないため 6 育児疲れ、育児不安等で保護者が一時的に児童を家庭で養育することができないため 7 前各号に掲げるもののほか、児童が一時的に家庭で養育を受けられないため
----------------------------	---

緊急連絡先① *必ず連絡がつく方で、緊急時にお子さんのお迎えができる方	氏名	武蔵野 太郎	申請者との続柄	父
	住所	武蔵野市吉祥寺北町4-8-10	電話番号	55-9002
緊急連絡先②	氏名	武蔵野 太	申請者との続柄	祖父
	住所	武蔵野市吉祥寺北町4-8-10	電話番号	60-1850

利用料等減免申請 *いずれかに「〇」をつけてください。	無 ・ 有 ※ (有の場合) 住民税非課税 ・ 生活保護世帯 ・ その他 ()
--------------------------------	--

*市記入欄

調整事項	<input type="checkbox"/> 赤十字子供の家 <input type="checkbox"/> のぞみの家	<input type="checkbox"/> 施設への仮予約連絡 <input type="checkbox"/> 予約票記入 <input type="checkbox"/> 担当者 () <input type="checkbox"/> 利用日まで5日以内の場合申請書先行送付 (/) <input type="checkbox"/> 申請理由7号の場合、同意書收受 (/ 同意確認) 税情報 却下 ・ 2分の1減額 ・ 全部免除 印
備考		

收受印

(裏)

児童1名につき1枚記入してください。

1 児童氏名 **武蔵野 花子** (呼び名) **はなちゃん**

2 面接項目

(1) 入所予定時間 **4月 1日 18時 00分** (施設まで送る人 **父**)
退所予定時間 **4月 3日 8時 30分** (施設まで迎えに来る人 **祖父**)

(2) 食事予定

4月 1日	朝・昼・ 夕	月 日	朝・昼・夕	小計 朝 2 食 昼 食 夕 2 食 合計 4 食
4月 2日	朝 ・昼・ 夕	月 日	朝・昼・夕	
4月 3日	朝 ・昼・夕	月 日	朝・昼・夕	
月 日	朝・昼・夕	月 日	朝・昼・夕	

(3) 通学、通園の方法等 所属先への送迎希望 (有 ・ **無**)

お迎え (所属先→施設)		お送り (施設→所属先)	
日付		日付	
時間	時 分	時間	時 分
お迎え先の名称		お送り先の名称	
お迎え先の住所		お送り先の住所	
お迎え先の連絡先		お送り先の連絡先	
お迎え先の担当者		お送り先の担当者	
施設までの距離	約 k m	施設までの距離	約 k m
タクシーの場合費用	片道 円	タクシーの場合費用	片道 円

※児童の状態に応じて交通手段は施設と協議が必要です。ご希望に添えない場合があります。

(4) 児童の特記事項

生活時間	起床 (7 時 分頃) 帰宅 (18 時 分頃) 就寝 (20 時 分頃) 昼寝 (有 ・ 無 : 時頃~ 時頃)
トイレの自立	自分で ・ 声かけがあれば自分で ・ そばで介助が必要 ・ オムツ使用 (日ごろ心がけていることなど:)
食事について	量 (たくさん食べる 普通 あまり食べない) 好きな食べ物 (バナナ、トマト) 嫌いな食べ物 (ピーマン、キャベツ) ※2歳未満の場合 ミルク ・ 離乳食 ・ 完了食
アレルギーについて	有 ・ 無) 内容: 食物アレルギー (食品: ピーナッツ) アトピー性皮膚炎・花粉症・その他 () 対応:
平熱	(36 度 6 分位)
既往歴(受傷歴)、現病歴等	(有 ・ 無) *有の場合は、病名・治療・現況・主治医などをご記入ください。 使用薬剤 内服薬: (有 ・ 無) 薬名: 時間・回数: 塗り薬: (有 ・ 無) 薬名: 保湿剤 時間・回数: お風呂上り
その他	日頃の様子で気になることや、発達のお悩みのことがあればご記入ください。

