

## 短期入所生活援助（ショートステイ）について

保護者の方が疾病その他の理由により、家庭において児童を養育することが一時的に困難となった場合や、経済的な理由により緊急一時的に母子を保護することが必要な場合等にご利用いただけます。



### 1. 委託先、利用期間、料金等

委託先	児童養護施設 愛童園 所在地：香南市夜須町西山1319番地1（電話54-2730）		
	児童養護施設 博愛園 所在地：香美市土佐山田町神通寺375番地1（電話53-2510）		
利用期間	7日以内		
料金 (日額)		2歳未満児	2歳以上児
	生活保護世帯	0円	0円
	市民税非課税世帯	1,100円	1,000円
	市民税課税世帯	5,350円	2,750円
対象者	<p>次に掲げる事由に該当する家庭の児童または母子等</p> <p>①児童の保護者の疾病</p> <p>②児童の保護者の育児疲れ、慢性疾患児の看病疲れ、育児不安等の身体上または精神上の事由</p> <p>③児童の保護者の出産、看護、事故、災害、失踪等の家庭養育上の事由</p> <p>④児童の保護者の冠婚葬祭、転勤、出張、学校等の公的行事への参加等の社会的な事由</p> <p>⑤経済的問題等により緊急一時的に母子保護を必要とする場合</p> <p>※ただし、買い物や私的旅行等、恣意的な理由によるものは対象となりません</p>		

### 2. 利用申し込みについて

利用を希望する保護者は「子育て短期支援事業利用申請書(様式第1号)」を香南市福祉事務所へ提出してください。

### 3. 利用の制限

入院をさせるべき児童や、特別な介護・看護を要する児童はお預かりできません。

子育て短期支援事業利用申請書

平成 年 月 日

香南市長 様

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

電話番号 \_\_\_\_\_

保護児童との続柄 \_\_\_\_\_

下記のとおり、短期入所生活援助事業を利用したいので、香南市子育て短期支援事業実施要綱第6条の規定により申請します。

記

ふりがな 児童氏名		生年 月日 等	平成 年 月 日 ( 歳 ヶ月) 性別：
保護者氏名			申請者が保護者の場合は記入不要
住 所			
利用期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日まで ( 日間)		
利用の理由			
緊急時の 連絡方法			
家庭状況等	別紙 香南市子育て短期支援事業利用家庭状況票のとおり		

香南市子育て短期支援事業利用家庭状況票

ふりがな 児童氏名		男 女	平成 年 月 日生 ( 歳 ヶ月)
利用理由	<input type="checkbox"/> 1 疾病 疾病した保護者氏名( ) 病名( ) <input type="checkbox"/> 2 出産 <input type="checkbox"/> 3 看護 保護者が看護する者の氏名( ) 病名( ) <input type="checkbox"/> 4 事故 具体的に ( ) <input type="checkbox"/> 5 災害 具体的に ( ) <input type="checkbox"/> 6 冠婚葬祭 <input type="checkbox"/> 7 失踪 失踪した保護者氏名( ) いつから( ) <input type="checkbox"/> 8 転勤 具体的に ( ) <input type="checkbox"/> 9 出張 <input type="checkbox"/> 10 学校の公的行事 具体的に ( ) <input type="checkbox"/> 11 母子等の緊急一時保護 具体的に ( ) ※理由がいくつかある場合は、( ) 内に順位をつけてください。		
家族の状況	続柄	氏名	勤務先等(連絡先)
被保険者証記号番号			
保護者以外の 緊急連絡先	氏名	(児童との続柄 )	
	住所		
利用児童の 就学状況	幼稚園・保育所 小・中・高	所属の 学校名等	学年
児童の状況	健康状態 良・普通・病弱(病名 ) 障害等 無・有(障害名 ) 既往症等 無・有(病名 ) 服薬等 無・有(病名 ) アレルギー 無・有( ) その他特記事項		