

様式第1号

レスパイト・ケア申請書

年 月 日

(宛先)

滋賀県

子ども家庭相談センター所長

住 所

氏 名

下記のとおり、レスパイト・ケアの申請をします。

記

1 レスパイト・ケア希望実施方法 ( 里親等預かり ・ 支援員派遣 )

2 レスパイト・ケア希望期間

年 月 日 ( ) 時 分 ~ 年 月 日 ( ) 時 分

3 レスパイト・ケア申請理由

( )

4 児童の状況

フリカ <sup>ナ</sup> 児童氏名	( 歳 ) 男・女
最近の児童 の 状 況	
基 本 的 生 活 習 慣	食事の介助 (要・不要) 食事 (ミルク・離乳食< 回>・普通食) 食物アレルギー (無・有< > ) おむつ使用 (無・有=終日・夜間) 排泄の介助 (要・不要) 夜尿 (無・時々・毎日) 入浴介助 (要・不要) 着脱衣介助 (要・不要)
緊急連絡先	
そ の 他	

5 上記子ども家庭相談センター担当者への連絡 ( 済 ・ 未 )