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

|  |  |
| --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ  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　）