**別紙(3)**

**別記様式第１号（第７条関係）**

**年　　月　　日**

**文京区長殿**

**申込者氏名：**

**レスパイト・ケア利用申込書**

**文京区里親等に対するレスパイト・ケア事業実施要綱第７条の規定により、下記のとおりレスパイト・ケアの利用を申し込みます。**

**記**

|  |  |
| --- | --- |
| **住所** | **郵便番号** |
| **電話番号** | **(　　　　)　　　　－** |
| **緊急連絡先** | **郵便番号**  **電話番号(　　　　)　　　　－** |
| **利用する理由** |  |
| **利用希望日** | **(第１希望日)**  **年　月　日(　)午前・午後～　　年　月　日(　)午前・午後**  **(第２希望日)**  **年　月　日(　)午前・午後～　　年　月　日(　)午前・午後**  **(第３希望日)**  **年　月　日(　)午前・午後～　　年　月　日(　)午前・午後** |
| **希望受入先の有無** | **あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)・なし**  **希望する受入先がある場合は、里親名・ファミリーホーム名を記載して下さい。**  **※　児童養護施設や乳児院は、子どもの状況を踏まえて、児童相談所長が必要と認める場合に限ります。** |
| **利用児童数** | **(　　　　　)人　　※　各児童の「児童状況調書」を添付すること。** |

**児童状況調書**

**年　　月　　日**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **児童氏名(ふりがな)** | **性別** | **年齢** | **利用者の居住地の児童相談所名** |
|  | **男・女** | **才** |  |
| 1. **直近１週間の児童の体調について(　良い　・　普通　・　悪い　)**   **※　「悪い」と答えた場合は、具体的な様子を記入すること。** | | | |
| 1. **現在服用している薬について(　ある　・　ない　)**   **※　「ある」と答えた場合は薬の種類と服用方法を記入すること。** | | | |
| 1. **食べ物の好き嫌いやアレルギーについて(　ある　・　ない　)**   **※　「ある」と答えた場合は具体的に記入すること。** | | | |
| 1. **その他健康面での留意事項** | | | |
| 1. **その他レスパイト・ケア受入中に配慮すべき事項** | | | |

**(注１)　申込時に「レスパイト・ケア利用申込書」(別記様式第１号)と一緒に児童相談所に提出すること。**

**(注２)　利用者は、児童引渡し時に受入先に対して内容を口頭等で伝えること。**

**年　　月　　日**

**レスパイト・ケア報告書**

**受入先　　　　　　　　　　　　印**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **児童氏名(ふりがな)** | **性別** | **年齢** | **利用者氏名** |
|  | **男・女** | **才** |  |
| **利用期間** | | | |
| **年　　月　　日(　)～　　　年　　月　　日(　)→　　日間** | | | |
| 1. **受入中の児童の体調について(　良い　・　普通　・　悪い　)**   **※　「悪い」と答えた場合、具体的な様子を記入すること。** | | | |
| 1. **受入中の服用の状況について(　した　・　しなかった　)**   **※　現在服用中の薬があるが服用しなかった場合や、当日必要が生じて薬を服用した場合には、その理由や対応を記入すること。** | | | |
| 1. **食事の状況について(　よく食べた　・　普通　・　あまり食べなかった　)**   **※　食事内容や食事中の様子、「あまり食べなかった」場合の対応等を記入すること。** | | | |
| 1. **レスパイト・ケア中の児童の様子や過ごし方、その他レスパイト中の連絡事項** | | | |

**(注１)　レスパイト・ケア終了時に、利用者及び児童相談所に各１部提出すること。**

**(注２)　報告書は、児童ごとに作成すること。**

**請　求　書**

**文京区長　殿**

**文京区里親等に対するレスパイト・ケア事業実施要綱第１２条の規定により、レスパイト・ケアの受入れに要した費用として、以下のとおり請求します。**

**請求額(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)　円**

|  |  |
| --- | --- |
| **受入期間** | **年　　月　　日(　)　　～　　　　年　　月　　日(　)　　（　　　　　　　日間）** |
| **受入児童** | **氏名：**  **生年月日：　　　年　　月　　日** |
| **児童が２歳以上の場合(受入期間が２歳の誕生日をまたぐ場合は誕生日以降の日数)** | |
| **受入日数　　　日×　５，６００円＝　　　　　　円** | |
| **児童が２歳未満の場合(受入期間が２歳の誕生日をまたぐ場合は誕生日前日までの日数)** | |
| **受入日数　　　日×　８，６４０円＝　　　　　　円** | |

**※　請求額は、保護単価に受入日数を乗じたものとする。**

**※　請求書に、レスパイト・ケア報告書（別記様式第６号）の写しを添付して、受入れごとに請求すること。**

**※　複数の児童を受け入れた場合は、児童ごとに請求書を作成すること。**

**年　　月　　日**

**(請求者)**

**住所：**

**(所在地)：**

**氏名：**

**(代表者名)：**