

様式第 1 号

令和 7 年度弘前市トワイライトステイ事業利用登録申込書

※受付 年 月 日		※登録番号			
住所	〒				
登録児童	フリガナ	性別	生 年 月 日	入所施設・学校名・学年等	
	氏 名	男 女	平成 ・ 令和 年 月 日		
登録希望理由	1 就労 2 就学 3 職業訓練 4 介護 5 その他 ()				
児童と同居している家族	続柄	氏 名	生 年 月 日	勤務先・学校名等	備 考
			・		
			・		
			・		
			・		
			・		
			・		
緊急連絡先	1	の 勤務先 (いる所) または 携帯電話		—	—
	2	の 勤務先 (いる所) または 携帯電話		—	—
	3	の 勤務先 (いる所) または 携帯電話		—	—
トワイライトステイ事業を利用したいので、上記のとおり利用登録を申し込みます。また、トワイライトステイ事業の実施に必要な範囲において、実施施設がこの申込書に記載された情報を利用することに同意します。				備 考	
令和 年 月 日					
弘 前 市 長 殿					
保護者氏名					
※本人が自署しない場合は、記名押印してください。					

(※裏面【登録児童の状況】についてもご記入ください。)

※ 利用資格調査

☐ トワイライトステイ事業の対象児童として認められる	調 査 月 日
	令和 年 月 日
	調 査 員
☐ トワイライトステイ事業の対象児童として認められない (理由:)	

【登録児童の状況】

健康状態など	平 熱 _____℃				
	今まで手術を受けたこと ☐ ない ・ ☐ ある （手術箇所： _____ 時期： _____ 年 _____ 月）				
	現在、治療中の病気・けがなど ☐ ない ・ ☐ ある （病 名： _____ 症 状： _____）				
	ひきつけをおこしたこと ☐ ない ・ ☐ ある （頻 度： _____ 対処法： _____）				
	少しの運動で息切れや顔色が悪くなる ☐ ない ・ ☐ ある （対処法： _____）				
	アトピー性皮膚炎 ☐ ない ・ ☐ ある （対処法： _____）				
	アレルギー（食物・その他） ☐ ない ・ ☐ ある （種 類： _____ 対処法： _____）				
	アナフィラキシーショック ☐ ない ・ ☐ ある （種 類： _____ 対処法： _____）				
	食 事	主な時間 朝（ _____ 時 _____ 分頃） 昼（ _____ 時 _____ 分頃） 夜（ _____ 時 _____ 分頃）			
		食事方法 ☐ ひとりで食べる ☐ 補助が必要（程度： ☐ 全部 ☐ 少し）			
好きな食べ物（ _____ ）、嫌いな食べ物（ _____）					
食事制限 ☐ ない ☐ ある（ _____）					
睡 眠	主な時間 夜 _____ 時 _____ 分頃 ～ 朝 _____ 時 _____ 分頃まで				
	寝るときのくせ（ _____） 昼 寝 ☐ する ☐ ときどき ☐ しない （時 間） _____ 時 _____ 分頃 ～ _____ 時 _____ 分頃まで				
排 泄	方 法 ☐ オムツ ☐ トレーニングパンツ ☐ 知らせる ☐ 自立				
	大 便 ☐ 1日 _____ 回（午前 _____ 時頃、午後 _____ 時頃） ☐ 不定				
	小 便 ☐ _____ 時間おき ☐ 不定				
	おねしょ ☐ する ☐ ときどき ☐ しない ☐ （ _____）				
性 格 ・ 発 達 など	人見知り ☐ する ☐ しない				
	言 葉 ☐ はっきりしている ☐ はっきりしない（喃語・単語・幼児語）				
	歩 行 ☐ 自立 ☐ 自立まだ ☐ （ _____）				
	お子さんのくせや気になるところ ☐ ない ・ ☐ ある				
発達・健康についての特記事項（※診断を受けている方必須） ☐ ない ・ ☐ ある					

※登録児童の状況確認

確認方法	☐ 面接 ☐ 電話 ☐ その他（ _____ ）	※ 実施施設使用欄
	☐ 父 ☐ 母 ☐ その他（ _____ ）	
備 考		

（担当及び提出先：弘前市こども家庭センター）