

レスパイト・ケア利用申請書

（あて先）京都市児童相談所長	年 月 日
申請者の住所	申請者の氏名
電話（ ） —	

養育児童	氏名	年 月 日生（ 歳）
	氏名	年 月 日生（ 歳）
	氏名	年 月 日生（ 歳）
	氏名	年 月 日生（ 歳）
申請理由		
希望期間		年 月 日～ 年 月 日（ 日間）
希望受入先		あり（ ） ・ なし
緊急連絡先	氏名	
	電話	（ ） —

児童の生活状況等に関する記録

年 月 日

（申請者） _____

養育児童	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日生 （ 歳）
子どもの体調 （最近1週間）		（ 良い ・ 普通 ・ 悪い ） ※「悪い」に○をつけた場合は、具体的な様子を記入する。
現在服用している薬		（ ある ・ ない ） ※「ある」に○をつけた場合は、薬の種類と服用方法を記入する。
食べ物の好き嫌いや アレルギー		（ ある ・ ない ） ※「ある」に○をつけた場合は、具体的な内容を記入する。
その他レスパイト・ケア 受入中に配慮すべき 事項		

※ この記録は、児童ごとに作成する。

レスパイト・ケア利用決定通知書

年 月 日

様

京都市児童相談所長 印

年 月 日付けで申請のあったレスパイト・ケアの利用については、
次のとおり決定したので通知する。

養育児童	氏名	年 月 日生（ 歳）
	氏名	年 月 日生（ 歳）
	氏名	年 月 日生（ 歳）
	氏名	年 月 日生（ 歳）
期間	年 月 日～ 年 月 日（ 日間）	
再委託先	所在地	
	施設等名称	
	電話	（ ） —

再委託決定通知書

年 月 日

様

京都市児童相談所長 印

京都市里親^等の一時的な休息のための援助事業実施要綱に基づき、レスパイト・ケアについて、次のとおり再委託することを決定しましたので通知します。

養育児童	氏名	年 月 日生（ 歳）
	氏名	年 月 日生（ 歳）
	氏名	年 月 日生（ 歳）
	氏名	年 月 日生（ 歳）
期間	年 月 日～ 年 月 日（ 日間）	
里親 ^等	住所	
	氏名	
	電話	（ ） —

レスパイト・ケア実施報告書

年 月 日

（実施施設）所在地

名称

代表者氏名

養育児童	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日生（ 歳）
期間		年 月 日～ 年 月 日（ 日間）
受入期間中の 子どもの体調		（ 良い ・ 普通 ・ 悪い ） ※「悪い」に○をつけた場合は、具体的な様子を記入する。
受入期間中の すごし方		
その他連絡事項		

※ この報告書は、児童ごとに作成する。

請 求 書

年 月 日

京 都 市 長

(実施施設) 所在地

名称

代表者氏名

京都市里親^等の一時的な休息のための援助事業実施要綱に基づくレスパイト・ケアの受入に係る経費として、下記の金額を請求します。

記

金額		十	万	千	百	十	円
----	--	---	---	---	---	---	---

受入期間	年 月 日～ 年 月 日（ 日間）					
受入児童 （ 人）	氏名			年 月 日生		
	氏名			年 月 日生		
	氏名			年 月 日生		
	氏名			年 月 日生		

※ 請求金額は単価に受入日数と受入児童の人数を乗じたものとする。

※ 請求書にはレスパイト・ケア実施報告書の写しを添付して、受入ごとに請求すること。