

第1号様式（第5条第1項関係）

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。