

子育て支援ショートステイ終了報告書

(あて先) 仙台市長

報告書作成日・里親氏名をご記入ください。

令和●年●月●日

実施施設名・施設長名

ファミリーホーム名・代表者氏名 あおば 仙台太朗

里親氏名

次のとおり、子育て支援ショートステイの実施を終了したので報告いたします。

対象児童	氏名 青葉 花子	生年月日 / 令和▲年▲月▲日 男・女 <input checked="" type="checkbox"/>	[1 歳]		
利用期間	児童の氏名・性別・生年月日・利用期間をご記入ください。 令和■年■月■日 ~ 令和■年■月■日 [2] 日間				
利用中の概要	■/■(月)10時頃から預かり。はじめは少し泣いたが、少しずつ慣れて、遊ぶことができた。食事は毎食9割方食べており、夜は1~2回起きるが、マグで水分を与えるとすぐに眠っていた。鼻水が少し出ていたが、熱はなかったため、様子を見た。■/■(水)15時頃、母がお迎えにきて、帰宅。 預かり中の児童の様子をご記入ください。				
その他連絡事項	利用者が負担する日額・日数・医療費等実費(発生した場合のみ)・利用料合計・納入についてご記入ください。利用者負担金がない場合には、納入欄は記入不要です。				
利用者負担金	日 額 5,350円	日 数 2日	医療費等実費 0円	利用料合計 10,700円	納 入 <input checked="" type="checkbox"/> 済・未