利用(希望) 施設名	森の国児童センター	生年月日
児　童　名	○○　○○	R○○. ○○. ○○
児　童　名	○○　○○	R○○. ○○. ○○
児　童　名		
児童との続柄	父　・(母)・　その他（　　）	

タイムスケジュール

以下の理由で申請される方は、保育できない状況をご記入ください。

(1)　介護・看護の方
2.　就学の方
3.　その他提出の必要があると町長が認めた方

申立者氏名＿＿申立者氏名＿＿＿＿続柄（＿母＿＿）

	月	火	水	木	金	土	日
						短期入所（○○園）	
6時							
7時				デイサービス準備			
8時							
9時	母の介護 食事・掃除	同左	同左	母は、デイサービス（○○荘）	月曜と同じ		
10時							
11時							
12時	食事介助						
13時							
14時	母の介護 身体介助（入浴）						
15時							
16時							
17時	食事介助			帰宅 食事介助			
18時							
19時							
20時							
21時							
22時							

※曜日によって状況が変わらない場合には、月曜日のみ記入し、他は「同左」とご記入ください。

備　考	２週間に一度、定期通院のため、8：00～13：00まで○○医院へ付き添い介助 月に一度、精密検査のため△△市へ7：00～17：00まで□□医院へ付き添い介助

※スケジュールに記入しきれないことなどを備考欄にご記入ください。