

宗像市学童保育所入所申請書

宗像市学童保育所指定管理者

20 年 月 日

シダックス大新東ヒューマンサービス株式会社 あて

申請者 住所 〒

宗像市

氏名 (自署)

次のとおり学童保育所への入所を申請します。

学童保育所は、保護者の就労等の理由で、家庭での保育に欠ける児童のための施設です。

| | | | | | |
|-------------------|--|---------|---|-------------|-----------------------------------|
| 学童保育所名 | 小学校学童保育所 | | 申請者との続柄 | | |
| ふりがな | | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | | |
| 児童氏名① | | 生年月日 | 20 年 月 日 | | |
| | | 学年 | 年生 (令和7年4月時点の学年) | | |
| 入所希望期間 | 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで (最長で令和8年3月31日まで) | | | | |
| 入所区分 | <input type="checkbox"/> 前年度から継続入所 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再入所 <input type="checkbox"/> 夏休み <input type="checkbox"/> 冬休み <input type="checkbox"/> 春休み | | | | |
| 特別支援学級 | <input type="checkbox"/> 支援学級に通っている (新1年生は通う予定の場合も含む) ※年度の途中で変更が生じた場合は学童保育所にお知らせください。 | | | | |
| 利用料減額申請 いずれか1つ | <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 | | <input type="checkbox"/> 非課税世帯 | | <input type="checkbox"/> ひとり親世帯 |
| | <input type="checkbox"/> 多子世帯 | | <input type="checkbox"/> 被災等世帯 | | <input type="checkbox"/> きょうだい児入所 |
| 世帯の状況 (①は除く) | 氏名 | 児童①との続柄 | 年齢 | 学童利用の児童に「○」 | 勤務先名、学校名など |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

<緊急連絡先> 緊急時、連絡が取れる順番に3つ以上記入をお願いします。

| 優先順位 | 氏名 (会社名) | 続柄 | 電話番号 | 備考 |
|------|----------|----|------|----|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |

< 児童の状況 >

はい・いいえのいずれかに✓をつけてください。また（ ）内は記述をお願いします。

| | | |
|---|------------------------------|--|
| (1) 現在 、食物アレルギーはありますか | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい () |
| (2) (1)で「はい」と答えた方、エピペンの処方を受けていますか | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい ※個別にご連絡させて頂き、状況をお聞きする場合があります |
| (3) (1)で「はい」と答えた方、飲み薬を所持していますか | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい ※個別にご連絡させて頂き、状況をお聞きする場合があります |
| (4) (1)で「はい」と答えた方、おやつ提供時にアレルギー対応食を希望しますか | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい (除去 ・ 持ち込み) ※個別にご連絡させて頂き、状況をお聞きする場合があります |
| 食物アレルギーに関して、気になる点があればご記入ください。 | | |
| 保育中のおやつについて <input type="checkbox"/> 通常どおり提供を希望 <input type="checkbox"/> 提供を希望しない ※提供を希望しないに✓をつけられた方はアレルギー証明の提出が必須となります。 | | |
| (4) 現在、治療中の病気や服薬中のお薬はありますか | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい () |
| (5) お薬のアレルギーはありますか | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい () |
| (6) 今までに入院をしたり、大きな病気にかかったりしたことはありますか <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい (病名:) 時期:) | | |
| (7) 平熱 | ℃ | |
| (8) 障害者手帳の有無 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 () |
| 身体状況や気になる特性(癖・こだわり等)で学童保育所へ伝えておきたいこと等ありましたら、ご記入をお願いします。例)喘息がある、けいれん体質、熱が出やすい、じんましんが出やすい、扁桃腺がはれやすい等 | | |

※添付書類(記入漏れ等、書類に不備がある場合は、受付出来かねます)

| | 指導員チェック欄 | 保護者チェック欄 |
|---|----------|----------|
| ●(家庭での保育ができない理由書類)保護者全員分必要 就労証明書、自営業就労申立書、申出書のいずれか1点 | | |
| ●(減額申請書類)宗像市学童保育所利用料金減額申請書及び証明書類 | | |
| ●口座振替申込書(こうふりネット利用できない方のみ) | | |

※月極め延長保育を利用される方は、利用申込書の提出が必要です。

※お預かりした個人情報については、学童保育所運営の範囲内で利用し、それ以外の目的で一切利用することはございません。