

新規

令和3年度用

一 学童保育所入所申請書兼児童台帳 一

※消えるボールペンや鉛筆で記入しないでください。

(あて先) 那珂川市長 (誓約) 学童保育所入所案内を十分に理解し下記の事項について同意・誓約のうえ、学童保育所の入所申請します。 ①入所に際し提出する個人情報について、学童保育所の目的に限り指定管理者が使用することを了承します。 ②学童保育所の利用に当たっては、所内の規則を守り、規定の利用料金を納期内に納めます。 ③この申請書に記入の内容に変更が生じた場合、すぐに届出をします。 ④学童保育所の入所基準に該当しなくなった場合、退所となることを了承します。				児童No.	
				前児童No.	
				きょうだい児童No.	
申請日	令和 年 月 日	住所	〒 那珂川市		
保護者氏名		フリガナ	性別	学校名	(新)学年
入所希望児童名				小学校	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再入所
生年月日	平成 年 月 日生		年齢	才 (令和3年4月1日現在)	

○入所希望児童以外の全世帯員の状況

続柄	氏名	年齢	勤務先・学校・保育所幼稚園等
		歳	
		歳	
		歳	
		歳	
		歳	

○連絡先①

電話番号	優先順位
自宅	
父携帯	
母携帯	
父職場	
母職場	

○連絡先②

※台風等、災害時の学童保育所開所情報やお知らせメール配信のため必要です。児童の安全確保のためにも必ず記入ください。

携帯メールアドレス	@	誰の ()
-----------	---	--------

○申請理由及び入所を希望する期間

申請理由 (○をつけてください)	1.保護者が仕事をしているため。 2.その他(理由)	
入所を希望する期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	※最長で令和4年3月31日までです。
入所日	令和 年 月 日	退所日
	令和 年 月 日	令和 年 月 日

※きょうだい児が市内の認可保育所に入所している場合は、就労証明書等の書類の提出は不要です。

○入所児童の健康状態など

既往症	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し 有りの場合は具体的に記入	手術経験	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し 有りの場合は具体的に記入
アトピー性湿疹	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	アレルギー	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し 有りの場合は具体的に記入
喘息(ぜんそく)	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し		
けいれん性体質	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し		
平熱	度 分		
かかりつけの病院 (あれば記入ください)	内科(病院名)	外科(病院名)	その他(病院名)

○下校について

通常保育時の下校の手段・方法 (どちらかに○をつけてください)	お迎え ・ 集団下校
お迎えに来る人	父・母・祖父・祖母・その他()

<記入例>

新規

令和3年度用

一 学童保育所入所申請書兼児童台帳 一

※消えるボールペンや鉛筆で記入しないでください。

(あて先) 那珂川市長 (誓約) 学童保育所入所案内を十分に理解し下記の事項について同意・誓約のうえ、学童保育所の入所申請します。 ①入所に際し提出する個人情報について、学童保育所の目的に限り指定管理者が使用することを了承します。 ②学童保育所の利用に当たっては、所内の規則を守り、規定の利用料金を納期内に納めます。 ③この申請書に記入の内容に変更が生じた場合、すぐに届出をします。 ④学童保育所の入所基準に該当しなくなった場合、退所となることを了承します。				児童No.	
				前児童No.	
				きょうだい児童No.	
申請日	令和 3年 2月 1日	住所	〒810-1292 那珂川市 西隈1丁目1番1号		
保護者氏名	那珂川 明子	フリガナ	ナカガワ クロス	性別	男
入所希望児童名	那珂川 クロス	学校名	岩戸 小学校	(新)学年	2
生年月日	平成 25年 11月 22日生	年齢	7才 (令和3年4月1日現在)	入所区分	<input checked="" type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再入所

○入所希望児童以外の全世帯員の状況

続柄	氏名	年齢	勤務先・学校・保育所幼稚園等
父	那珂川 五郎	38歳	株式会社〇〇
母	那珂川 明子	38歳	△△商店
妹	那珂川 美里香	5歳	〇〇〇こども園
		歳	
		歳	

○連絡先①

	電話番号	優先順位
自宅	000-000-0000	5
父携帯	000-0000-0001	2
母携帯	000-0000-0002	1
父職場	000-000-0003	3
母職場	000-000-0004	4

○連絡先②

※台風等、災害時の学童保育所開所情報やお知らせメール配信のため必要です。児童の安全確保のためにも必ず記入ください。

携帯メールアドレス	▲▲▲▲ @ ■■■■.ne.jp (誰の母)
-----------	---------------------------

○申請理由及び入所を希望する期間

申請理由 (○をつけてください)	①保護者が仕事をしているため。 2.その他(理由)		
入所を希望する期間	令和 3年 4月 1日 ~ 令和 4年 3月 31日 ※最長で令和4年3月31日までです。		
入所日	令和 年 月 日	退所日	令和 年 月 日

※きょうだい児が市内の認可保育所に入所している場合は、就労証明書等の書類の提出は不要です。

○入所児童の健康状態など

既往症	<input checked="" type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し 有りの場合は具体的に記入 ●●病。投薬無し。	手術経験	<input type="checkbox"/> 有り <input checked="" type="checkbox"/> 無し 有りの場合は具体的に記入
アトピー性湿疹	<input type="checkbox"/> 有り <input checked="" type="checkbox"/> 無し	アレルギー	<input checked="" type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し 有りの場合は具体的に記入 卵・牛乳
喘息(ぜんそく)	<input type="checkbox"/> 有り <input checked="" type="checkbox"/> 無し		
けいれん性体質 平熱	<input type="checkbox"/> 有り <input checked="" type="checkbox"/> 無し 36度 6分		
かかりつけの病院 (あれば記入ください)	内科(病院名) ●●小児科	外科(病院名) ▲▲形成外科	その他(病院名) 九州■●病院

○下校について

通常保育時の下校の手段・方法 (どちらかに○をつけてください)	<input checked="" type="checkbox"/> お迎え ・ 集団下校
お迎えに来る人	父 <input checked="" type="checkbox"/> 母 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ その他 ()