令和　　　年　　　月　　　日

**令和6年度　金ケ崎・三ケ尻・北部・西・永岡　学童保育所入所申込み書**

* 希望学童に〇をして下さい。

社会福祉法人　金ケ崎町社会福祉協議会会長　様

　　　　 児童の入所について、下記のとおり申込します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者（保護者） | 保護者住所 | 〒 自宅から学童までの距離金ケ崎町 ㎞ |
| 保護者氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 申込理由 | （該当箇所に〇）　　・仕事上の理由　・身体上の理由　・その他（　　　　） |
| 入所児童 | 氏名 | 性別 | 学年 | 生年月日 | 血液型 | 平熱 出身園 |
| ふりがな |  | R6年度 |  |  | 　度　分 |
|  |
| ふりがな |  |  |  |  | 　度　分 |
|  |
| ふりがな |  |  |  |  | 　度　分 |
|  |
| 保護者 | 氏名 | 携帯電話番号 | 勤務先 |
| ふりがな | － 　　 ― | 勤務先所在地電話番号 |
| 父 |
| ふりがな | －　　 ― | 勤務先所在地電話番号 |
| 母 |
| 緊急連絡先 | 1. 連絡先( )

☎ - - | 1. 連絡先( )

☎ - - | 1. 連絡先( )

☎ - - |
| 両親以外のお迎えの方 | 氏名 | 続柄 | 連絡先☎　　‐　　　- |
| 氏名 | 続柄 | 連絡先☎　　-　　　 - |
| 減免申請希望 | 有　・　　無 | ※生活保護世帯、ひとり親世帯、２人以上の児童が利用する世帯（ひとり親世帯除く）は減免の申請が出来ます。詳しくは減免措置のお知らせをご覧ください。 |
| 土曜利用希望 | 有　・　　無 | 有の場合 | 　　　　時　　分頃まで　※午後6時まで　　毎週・隔週・その他（　　　　　　　） |
| 延長利用希望 | 有　・　　無 | 有の場合理由 | 月５回以内・ほぼ毎日　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 写真掲載の可否 | 可　・　　否 | ※社会福祉協議会の広報等に写真を掲載されることがありますので、可か否に記入をお願いします。 |  |

* 入所中の参考とさせていただきたいので、下記事項の記入をお願いします**。**

**家族構成その1（入所を希望する児童を除く同居家族）　※記入日現在**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 | 続柄 | 年齢 | 生年月日 | 勤務先・学校・園 | 職業・学年 | 終業時間 |
|  |  |  |  |  |  | 時　　　分頃 |
|  |  |  |  |  |  | 　　時　　　分頃 |
|  |  |  |  |  |  | 時　　　分頃 |
|  |  |  |  |  |  | 　　時　　　分頃　　　　　　　　 |
|  |  |  |  |  |  | 時　　　分頃 |

**家族構成その2（別居ではあるが、同一敷地内に居住する祖父母）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名 | 続柄 | 年齢 生年月日 勤務先等 職業 終業時間 |
|  |  |  |
|  |  |  |

**既往歴（持病など）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 児童氏名 | 学年 | 　既往歴（ぜんそく・アトピー・アレルギー・発達障がい・その他　　　） |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**かかりつけ医等**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 児童氏名 | 病院等名 | 受診頻度 | 服薬の有無 | 薬品名 |
|  |  |  | 有 ・ 無 |  |
|  |  |  | 有 ・ 無 |  |
|  |  |  | 有 ・ 無 |  |

**習い事**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 児童氏名 | 　　　内　　　容 | 曜日 | 時　　間 |
|  |  |  | **：　　～　　　：** |
|  |  |  | **：　　～　　　：** |
|  |  |  | **：　　～　　　：** |

**その他学童に**

**伝えたいこと**