

令和4年度金ケ崎・三ヶ尻・北部・西・永岡 学童保育所入所申込み書

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、下記のとおり申します。

申請者 (保護者)	保護者住所	〒029-45 金ケ崎町					
	保護者氏名	印					
	電話番号						
申込理由	(該当箇所に○)	働いている・介護・出産・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		R4年度			度分	
	ふりがな					度分	
	ふりがな					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		
	父	— —			所在地		
	父	— —			電話番号		
保護者	ふりがな	— —			勤務先		
	母	— —			所在地		
保護者	母	— —			電話番号		
	母	— —			電話番号		
緊急連絡先	① 連絡先( ) ☎ - -	② 連絡先( ) ☎ - -	③ 連絡先( ) ☎ - -				
減免申請 希望	有 ・ 無	※生活保護世帯、母子父子世帯、2人以上の児童が利用する世帯(母子父子世帯除く)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 ※金ケ崎・三ヶ尻 ・北部のみ	有の場合 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（入所を希望する児童を除く同居家族）※令和3年12月現在**

氏名	続柄	年齢	勤務先・学校	職業・学年	勤務時間終了時間
					時 分頃
					時 分頃
					時 分頃
					時 分頃
					時 分頃
					時 分頃

**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
			: ~ :
			: ~ :
			: ~ :

**【自宅周辺の地図】** ※コピー可。ただし枠内に入るもの

**【その他学童に伝えたいこと】**