　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

**令和5年度　金ケ崎・三ケ尻・北部・西・永岡　学童保育所入所申込み書**

* 該当箇所に〇をして下さい。

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 | 〒  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 |  | R5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（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 | 就業時間 |
|  |  |  |  |  |  | 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 |
|  |  |  | **：　　～　　　：** |
|  |  |  | **：　　～　　　：** |
|  |  |  | **：　　～　　　：** |

**その他学童に伝えたいこと**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和 ○ 年12 月 1 日

【記入例】

**令和5年度　金ケ崎・三ケ尻・北部・西・永岡　学童保育所入所申込み書**

* 該当箇所に〇をして下さい。

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 | 〒029-4501  金ケ崎町西根南羽沢53-1 | | | | | | |
| 保護者氏名 | 金ケ崎　太郎　　　　　　　　　　　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　　かねがさき　いちろう | 男 | R5年度  1年 | | H28.6.6 | O型 | 36度5分 こども園 | |
| 金ケ崎　一郎 |
| 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　かねがさき　たろう | 090－ 1111 ― 1111 | | | | 勤務先 　 金ケ崎学童保育所  所在地　　金ケ崎町  電話番号　44-6080 | | |
| 父  金ケ崎　太郎 |
| ふりがな　かねがさき　はなこ | 090－2222 ― 2222 | | | | 勤務先 金ケ崎学童保育所  所在地　　金ケ崎町  電話番号　44-6080 | | |
| 母  　　金ケ崎　花子 |
| 緊急連絡先 | 1. 連絡先( 母 )   ☎ 090 - 2222 - 2222 | 1. 連絡先( 母職場 )   ☎ 0197 – 44 - 6080 | | | | 1. 連絡先( 父 )   ☎ 090 - 1111 - 2222 | | |
| 両親以外のお迎えの方 | 氏名 　奥州　咲子 | 続柄　祖母（母方） | | | | 連絡先☎　080 ‐2222 - 2222 | | |
| 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 | | 午後　5　時 30 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  　　　　残業の為 | | | | |
| 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）　　　　　　※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 | 就業時間 |
| 金ケ崎　太郎 | 父 | 35 | S62.4.10 | 金ケ崎学童保育所 | 児童支援員 | 18時00　分頃 |
| 金ケ崎　花子 | 母 | 35 | S62.5.5 | 金ケ崎学童保育所 | 児童支援員 | 17時30 分頃 |
| 金ケ崎　次郎 | 弟 | 3 | R1.10.1 | こども園 | さくら組 | 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　　　） |
| 金ケ崎　一郎 | 1年 | 花粉症、卵アレルギー |
|  |  |  |
|  |  |  |

**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 |
| 金ケ崎　一郎 | 金ケ崎病院 | 月1回 | 有 ・ 無 |  |
|  |  |  | 有 ・ 無 |  |
|  |  |  | 有 ・ 無 |  |

**習い事**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 児童氏名 | 内　　　容 | 曜日 | 時　　間 |
| 金ケ崎　一郎 | そろばん | 木曜 | 16：00　～　17：00 |
|  |  |  | **：　　～　　　：** |
|  |  |  | **：　　～　　　：** |

**その他学童に伝えたいこと**