

令和5年度 金ケ崎・三ヶ尻・北部・西・永岡 学童保育所入所申込み書
 ※ 該当箇所に○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○)	・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	
	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		
	電話番号				電話番号		
ふりがな				勤務先			
母	- -			所在地			
電話番号				電話番号			
緊急連絡先	① 連絡先()	② 連絡先()		③ 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

【記入例】

令和 ○ 年 12 月 1 日

令和 5 年度 **金ヶ崎** 三ヶ尻・北部・西・永岡 学童保育所入所申込み書
 ※ 該当箇所に○をして下さい。

社会福祉法人 金ヶ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	〒029-4501 金ヶ崎町西根南羽沢 53-1					
	保護者氏名	金ヶ崎 太郎 印					
申込理由	(該当箇所に○)	・ 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		R5 年度				
	金ヶ崎 一郎	男	1 年	H28.6.6	O 型	36 度 5 分	こども園
	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				勤務先 金ヶ崎学童保育所		
	父 金ヶ崎 太郎	090 - 1111 - 1111			所在地 金ヶ崎町 電話番号 44-6080		
	ふりがな かねがさき はなこ				勤務先 金ヶ崎学童保育所		
母 金ヶ崎 花子	090 - 2222 - 2222			所在地 金ヶ崎町 電話番号 44-6080			
緊急連絡先	④ 連絡先(母) ☎ 090 - 2222 - 2222	⑤ 連絡先(母職場) ☎ 0197 - 44 - 6080	⑥ 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	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無	有の場合	午後 5 時 30 分頃まで ※午後 6 時まで 毎週 <input checked="" type="radio"/> 隔週・その他 ()
延長利用 希望	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無	有の場合 理由	<input checked="" type="radio"/> 月 5 回以内・ほぼ毎日 残業の為
写真掲載 の可否	<input checked="" type="radio"/> 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
金ヶ崎 太郎	父	35	S62.4.10	金ヶ崎学童保育所	児童支援員	18 時 00 分頃
金ヶ崎 花子	母	35	S62.5.5	金ヶ崎学童保育所	児童支援員	17 時 30 分頃
金ヶ崎 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)
金ヶ崎 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
金ヶ崎 一郎	金ヶ崎病院	月 1 回	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無	
			有 ・ 無	
			有 ・ 無	

習い事

児童氏名	内 容	曜日	時 間
金ヶ崎 一郎	そろばん	木曜	16 : 00 ~ 17 : 00
			: ~ :
			: ~ :

その他学童に伝えたいこと