

新規

令和6年度用

学童保育所入所申請書兼児童台帳

※太枠内をご記入ください。

※消えるボールペンや鉛筆で記入しないでください。

Application form header including applicant details, address, and school information.

入所希望児童以外の全世帯員の状況

連絡先①

Table for other household members with columns for name, age, and occupation.

Table for contact information with columns for phone number and priority.

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。

Form for mobile email address.

申請理由及び入所を希望する期間

Form for application reasons and desired period.

入所児童の健康状態など

Form for child's health status including medical history and allergies.

下校について

Form for drop-off procedures and personnel.

<記入例>

新規

令和6年度用

— 学童保育所入所申請書兼児童台帳 —

※太枠内をご記入ください。

※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 6 年 2 月 1 日	〒	810-1292		
保護者氏名	那珂川 みはる	住所	那珂川市 西隈1丁目1番1号		
フリガナ	ナカガワ サク	性別	学校名	(新)学年	入所区分
入所希望児童名	那珂川 さく	男	南畑 小学校	2	<input checked="" type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再入所
生年月日	平成 28年 5月 15日生	年齢	7 才 (令和6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	学童入所中
父	那珂川 安德	37歳	株式会社〇〇	
母	那珂川 みはる	37歳	△△商店	
姉	那珂川 みなみ	9歳	南畑小学校	○
妹	那珂川 えこ	5歳	〇〇〇こども園	
		歳		

○連絡先①

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

○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 6 年 4 月 12 日 ~ 令和 7 年 3 月 31 日 ※最長で令和7年3月31日までです。	
決定入所日	令和	年 月 日

○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	<input type="checkbox"/> 有り <input checked="" type="checkbox"/> 無し		
平熱	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()