

学童保育室入室申請書

令和6年度

(提出先)
川越市教育委員会教育長

申請日(西暦)	2	0	2	年		月		日
フリガナ								
保護者氏名								
電話番号	— —							
住所	川越市							
転入の場合	市外住所							
	転入先住所	川越市						
	転入予定時期	2	0	2	年		月	

次の児童を 西暦 2 0 2 年 月 日 から学童保育室に入室させたいので、申請します。

入室希望児童	フリガナ 氏名	生年月日	性別	学校名	学年	月曜日から金曜日までの利用日数								
						日	月	火	水	木	金	不定期		
1人目		西暦 2 0 1 年 月 日	男・女	小学校	年									
2人目		西暦 2 0 1 年 月 日	男・女	小学校	年									
3人目		西暦 2 0 1 年 月 日	男・女	小学校	年									

土曜日の利用の希望	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 中央	<input type="checkbox"/> 新宿	<input type="checkbox"/> 南古谷	<input type="checkbox"/> 高階北	<input type="checkbox"/> 霞ヶ関北	学校の休業日(長期休業を含む。)における 午前7時30分から午前8時30分まで登室の希望	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
-----------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	------------------------------	------------------------------	-------------------------------	---	----------------------------	----------------------------

※ 土曜保育の希望「有」の場合、5つの土曜拠点から1つを選び、を記入してください。

保護者の状況	入室を希望する 具体的理由等 (複数可)	<input type="checkbox"/> 就労(就労状況を <input checked="" type="checkbox"/> してください。) <input type="checkbox"/> 被雇用 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 単身赴任						<input type="checkbox"/> 病気・障害							
		<input type="checkbox"/> 看護・介護 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 不在 <input type="checkbox"/> その他()						<input type="checkbox"/> 出産(予定日)							
父	フリガナ							生年月日(西暦)							
	氏名							携帯電話番号							
母	勤務先等 名称							勤務先等 電話番号							
	勤務先等 所在地	所在地 ※居宅外の場合のみ所在地の市区町村を記入してください。						<input type="checkbox"/> 居宅外		市・区・町・村		<input type="checkbox"/> 居宅内			
勤務先等から学童までの所要時間		分		交通手段		<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> 電車									
父	フリガナ							生年月日(西暦)							
	氏名							携帯電話番号							
母	勤務先等 名称							勤務先等 電話番号							
	勤務先等 所在地	所在地 ※居宅外の場合のみ所在地の市区町村を記入してください。						<input type="checkbox"/> 居宅外		市・区・町・村		<input type="checkbox"/> 居宅内			
勤務先等から学童までの所要時間		分		交通手段		<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> 電車									

(裏面も必ず御記入ください。)

※ ここから下には記入しないでください(教育委員会記載欄)。

入室要否・期間	要	令和 年 月 日~令和 年 月 日 (変更後: 令和 年 月 日)	否
健康カード	有・無	証明書	父・母

児 童 票

学童保育室に入室した際は、以下のことを約束します。

- ・開室時間内に必ず送迎します。
- ・納期限までに学童保育料を納付します。
- ・月途中での入退室の場合でも学童保育料の日割りがないことを了承します。

氏名（自署）

フリガナ		1 人 目	2 人 目	3 人 目
児 童 氏 名				
保 育 園 ・ 幼 稚 園				
過去の川越市学童保育室の利用履歴		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
健康 状 況 等 に つ い て	① 平常時の体温	度 分	度 分	度 分
	② ① 現病の有無 (経過観察中を含む。)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	② アレルギー	<input type="checkbox"/> 有 <small>(□検査済み □未検査)</small> <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <small>(□検査済み □未検査)</small> <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <small>(□検査済み □未検査)</small> <input type="checkbox"/> 無
	③ 個別に配慮を要する事項	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	(1) 障害者手帳の所有状況（申請中を含む。）	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	(2) 今までに指導・治療を受けた専門機関・病院等（手帳の有無に関わらず記入してください。）	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
(3) 通院・通所（検査・訓練通院を含む。）	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
(4) 日常的な服薬	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
(5) 健康面や発育面で気になることなど	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

※「健康状況等について」の①～③のうち、「有」が一つでもある場合は、健康カードも記入の上、提出してください。

①～③すべてが「無」の場合、健康カードの提出は必要はありません。

通学班・地区名	※ 不明な場合は、入室後に確認するので、空欄のまま提出してください。
---------	------------------------------------

同居人の状況（保護者・入室希望児童を除く。）	フリガナ		生 年 月 日				児童との続柄	勤務先・学校名等
	氏	名	西 暦	年	月	日		
			西 暦					
			西 暦					
			西 暦					
			西 暦					
			西 暦					

主に迎えに来る者		お迎え予定時間	午後	時	分頃
----------	--	---------	----	---	----

★緊急連絡先★ ※ ①から順に確実に連絡がつき、迎えに来られる方を記入してください。（保護者含む。）

①	氏 名	児童との続柄	電 話 番 号	下記に○をつけてください
				自宅・携帯・職場・その他
				自宅・携帯・職場・その他
				自宅・携帯・職場・その他