

学 童 保 育 室 入 室 申 請 書

令和8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		日

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	1 人 目	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
				西暦 2 0 年 月 日	男・女	小学校	年	日 月 火 水 木 金 不定期
	2 人 目	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
				西暦 2 0 年 月 日	男・女	小学校	年	日 月 火 水 木 金 不定期
3 人 目	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	
			西暦 2 0 年 月 日	男・女	小学校	年	日 月 火 水 木 金 不定期	
土曜日の利用の希望		☐ 有 ☐ 無	☐ 中央 ☐ 新宿 ☐ 南古谷 ☐ 高階北 ☐ 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分までの登室の希望				☐ 有 ☐ 無

※ 土曜日の利用の希望が「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	父	入室を希望する 具体的理由等 (複数可)	☐ 就労（就労状況を ☒ してください。 ☐ 被雇用 ☐ 自営業 ☐ 単身赴任） ☐ 病気・障害					
		☐ 看護・介護 ☐ 就学 ☐ 求職活動 ☐ 不在 ☐ その他（ ）						
		フリガナ					生年月日（西暦）	年 月 日
		氏 名					携帯電話番号	
		勤務先等 名称					勤務先等 電話番号	
		勤務先等 所在地	☐ 居宅外 ☐ 居宅内 ※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。市・区・町・村					
	母	入室を希望する 具体的理由等 (複数可)	☐ 就労（就労状況を ☒ してください。 ☐ 被雇用 ☐ 自営業 ☐ 単身赴任） ☐ 病気・障害					
		☐ 看護・介護 ☐ 就学 ☐ 求職活動 ☐ 不在 ☐ その他（ ） ☐ 出産（予定日）						
		フリガナ					生年月日（西暦）	年 月 日
		氏 名					携帯電話番号	
		勤務先等 名称					勤務先等 電話番号	
		勤務先等 所在地	☐ 居宅外 ☐ 居宅内 ※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。市・区・町・村					
	勤務先等から学童までの所要時間		分	交通手段	☐ 徒歩 ☐ 自転車 ☐ バイク ☐ バス ☐ 自動車 ☐ 電車			
	勤務先等から学童までの所要時間		分	交通手段	☐ 徒歩 ☐ 自転車 ☐ バイク ☐ バス ☐ 自動車 ☐ 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

※ 該当者のみ

・学童保育料の日割り計算がないこと（月途中での入退室の場合のみ）	済
・入室希望日からの入室ができない可能性があること（受付期間より後の申請の場合のみ）	済

1 次 審 査 者	
2 次 審 査 者	

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。
- ・ 滞納した場合は、速やかに市指定の書類に署名し滞納解消に協力します。

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			☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無
健 康 状 況 等 に つ い て	平常時の体温		度 分	度 分	度 分
	①現病の有無 (経過観察を含む。)	喘息、脱臼ぐせ、心臓疾患、ひきつけ・けいれん、てんかん、その他	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無
	②アレルギー	食物：卵黄、卵白、牛乳、小麦粉、その他 食物以外：花粉、ハウスダスト・ダニ、その他	☐ 有 (☐ 検査済み ☐ 未検査)	☐ 有 (☐ 検査済み ☐ 未検査)	☐ 有 (☐ 検査済み ☐ 未検査)
	③個別に配慮を要する事項	(1) 障害者手帳の所有状況（申請中を含む。）	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 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。）	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無
		(3) 通院・通所（検査・訓練通院を含む。）	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無
		(4) 日常的な服薬	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無
	(5) 健康面や発育面で気になること、特別支援学級や通級指導教室への通学など	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 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	年	月	日					
			西暦	年	月	日					
			西暦	年	月	日					
			西暦	年	月	日					
			西暦	年	月	日					
			西暦	年	月	日					
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。）

	氏 名	児童との続柄	電 話 番 号	下記に○をつけてください
①				自宅・携帯・職場・その他
②				自宅・携帯・職場・その他
③				自宅・携帯・職場・その他

※記載がない場合でも、上記連絡先が繋がらない場合は職場へ電話をすることがありますので御了承ください。