

記入例

様式第1号(第10条関係)

公立放課後児童健全育成事業利用申請書

施設受付日

申し込み年月日
(提出日)記入

令和5年11月2日

保護者氏名を忘れ
ず記入する

加須市長 様

アパート名も
記入する

保護者氏名 加須 太郎

公立健全育成事業を利用したいので、次のとおり申請します。

住所	〒347-8501 加須市三保2丁目1番地1 ○○アパート A棟203号室 (電話 62-1111)
----	--

利用児童	(ふりがな)氏名	かぞ じろう 加須 次郎	保護者との続柄	長男	性別	男	女
	生年月日	平成29年 4月 18日					
	学校名	三保 小学校	学年	1年 (令和6年度)			

4月からの
学年を記入する

家族構成	氏名	続柄	生年月日	職業	氏名	続柄	生年月日	職業
	加須 太郎	父	S59.5.11	会社員	大利根 花	祖母	S30.9.15	パート
	加須 優子	母	S61.6.12	パート				
	加須 愛	妹	H30.7.13	第一保育所				
	大利根 一	祖父	S28.8.14	農業				

同じ住所地に住んでいる
方全員を記入する

利用希望実施場所
三保小学校健全育成室

希望する理由
1.就労 2.疾病・障害 3.出産 4.看護・介護 5.その他 ()

期間 令和6年 4月 1日から 令和7年 3月31日 通年 長期休業日のみ

同意確認 (署名欄) 加須市が学童保育料算定のために必要な市民税の情報(同一世帯者含む)及び世帯情報を確認することを同意します。
保護者氏名 加須 太郎

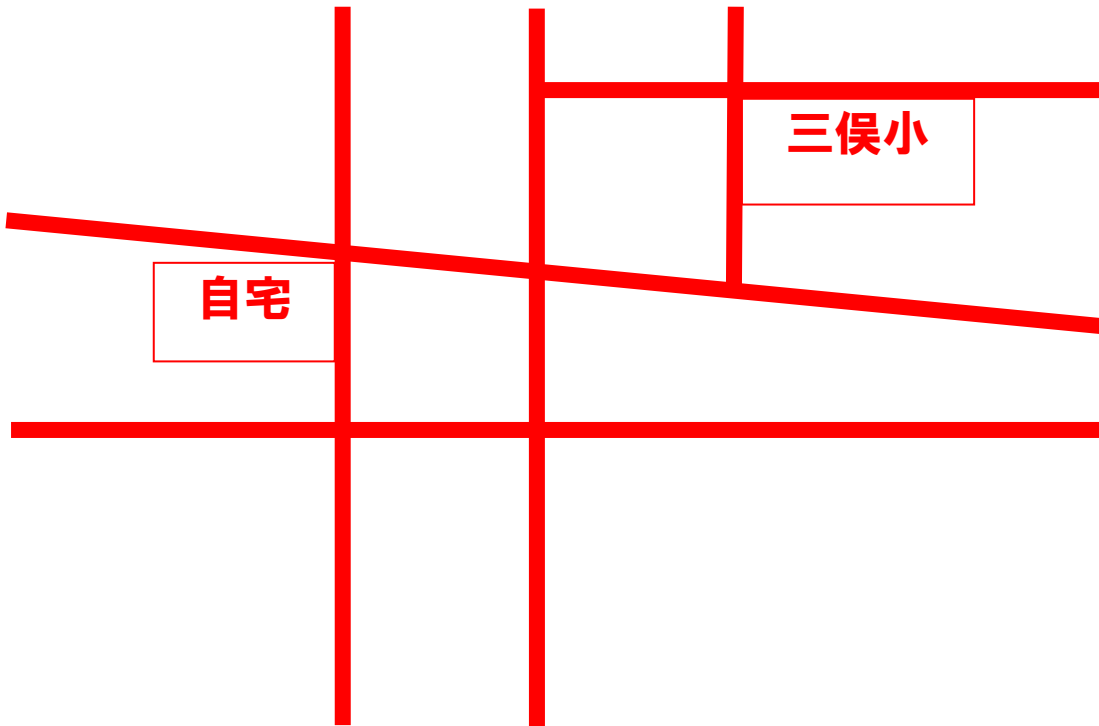
※ 調査・決定	利用可否	可否	理由			
	利用期間	自	年 月 日	区分	新規・継続	
		至	年 月 日	住所確認	確認済・未済	
	(備考)			勤務証明等	提出済・未済	
	□第1子 □第2子 □第3子以降			算定資料	提出済・未済	

備考 ※小学校担任の先生や入学前の保育所・幼稚園等の関係者から、お子さんの生活状況について確認させていただく場合がございます。ご了承ください。

※印の欄 (色つきの欄) は記入する必要はありません。

自宅から学童保育室までの案内図

案内図を忘れずに記入する。
 自宅と小学校が必ず入るように書く。
 (地図のコピーを貼り付けてもよい)



(訪問調査等のため必要ですので、目標物を中心にできるだけ詳細に記入してください。)

■保育の希望状況

延長保育(7:30~8:00) の希望(有料)	なし あり 利用月を丸で囲む (4・5・6・7・8・9・10・11・12・1・2・3 月)
18時以降保育の希望	なし あり (迎えの時間 18時30分)
土曜日保育の希望	なし あり (父の勤務時間 時 分~ 時 分) (母の勤務時間 時 分~ 時 分)
習い事など (月~土曜日のみ)	金曜日・名称 (ピア/) 学童保育室の出席 (迎え 時 分頃)・欠席
	曜日・名称 () 学童保育室の出席 (迎え 時 分頃)・欠席
	曜日・名称 () 学童保育室の出席 (迎え 時 分頃)・欠席

記入例



児童の健康管理・調査票

加須市こども局こども保育課

小学校名	三俣 小学校	学 年	1 年生(R6.4.1 現在)
利用施設名	三俣小学校健全育成室	入学前状況 (保育園・幼稚園名)	第一保育所
ふりがな 児 童 名	かぞ じろう	生年月日	平成 29 年 4 月 18 日
	加須 次郎	血 液 型	A 型
住 所	加須市三俣2丁目1番地1 ○○アパート A棟203号室		
保護者名	加須 太郎		

■ 事故発生の場合の緊急連絡先(必ずご記入ください)

NO	電 話 番 号	連絡先の名称または住所	本人との関係
1	090-1234-5678	母携帯	母
2	72-1111	祖父母自宅	祖父母
3	070-1111-2222	祖父携帯	祖父
4	62-1111	○○スーパー	母勤務先
5	080-9876-5432	父携帯	父

■ かかりつけの医療機関(担当医)

科目	医 療 機 関 名	電 話 番 号	住 所
内科	○○病院(*先生)	XX-XXXX	○○市△△-□□
外科	△△医院	XX-XXXX	○○市△△-□□
歯科	□□歯科	XX-XXXX	○○市△△-□□
眼科	××眼科	XX-XXXX	○○市△△-□□
その他	◇◇皮膚科	XX-XXXX	○○市△△-□□

※ 緊急等で保護者に連絡がつかない場合は、こども保育課長と相談の上、対処することもあります。

学童保育室では、投薬などの医療行為を必要とする児童の利用はできません。
ケガや発熱時のほか、児童が体調不良を訴えた場合には、緊急連絡先にご連絡を差し
上げますので、速やかにお迎えをお願いいたします。

(裏面も記入してください)

■ 今までにかかった病気を○で囲み、記入してください。

お子様の健康管理に必要なものですので、全てご記入ください。

	麻 疹 (はしか) ・ 水痘 (水ぼうそう) ・ 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)
	風 疹 ・ 百日咳 ・ 肺 炎
心臓疾患	(病名:) 才の頃
腎臓疾患	(病名:) 才の頃
ぜんそく	(3歳のころまで)
脳波の異常	(なし)
その他	()
外 科	虫垂炎の手術 (年 月頃) ・ ヘルニアの手術 (年 月頃)
	骨 折 (部位: 右足) (30年 5月頃)
	その他 ()
眼 科	眼疾患 (病名: (年 月頃))
耳鼻咽喉科	中耳炎 ・ 副鼻腔炎 ・ アデノイド ・ その他 ()
そ の 他	交通事故の経験 (30年 5月頃)

平 熱 **36.5度**

ない場合は「なし」にマルをつける

■ 配慮を要する事項について

病気・ケガによる後遺症	状態・様子	なし (才の頃 発症)
アレルギー	薬	なし・ あり (ピリン系薬剤)
	食べ物	なし・ あり (そば 牛乳)
	その他	なし ・あり()
身体障害者手帳の受給状況	(なし ・ あり ・ 申請中)	(級 、障がい名:)
療育手帳(みどりの手帳)の受給状況	(なし ・ あり ・ 申請中)	(級)
<ul style="list-style-type: none"> ・ 集団生活で注意すべきこと ・ 指導員に伝えておきたいこと 		

■ ぜん息発作等が起きた場合の処置について

対処方法	本人に持たせている薬を服用後、保護者へ連絡もしくは救急車を呼ぶ	アレルギーやぜん息などがある方は必ず記入
------	--	-----------------------------

* 小学校担任の先生や入学前の保育所・幼稚園等の関係者から、お子さんの生活状況について確認させていただく場合がございます。ご了承ください。