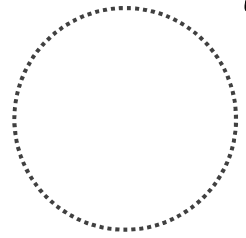
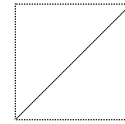


施設受付日

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



令和 年 月 日

加須市長 様

保護者氏名

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	〒 加須市 (電話)							
利用児童	(ふりがな) 氏 名				保護者との 続 柄		性 別	男 女
	生 年 月 日	平成 年 月 日						
	学 校 名	小学校		学 年	年 (令和 7 年度)			
家族構成	氏 名	続柄	生年月日	職業	氏 名	続柄	生年月日	職業
利用希望実施場所								
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 年 月 日から 令和 年 月 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							
※調査・決定	利用の可否	可	否	理由				
	利用期間	自 年 月 日 至 年 月 日			区分	新規・継続		
	(備考) □第 1 子 □第 2 子 □第 3 子以降			住所確認	確認済・未済			
				勤務証明等	提出済・未済			
				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

(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 時 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)	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
	曜日・名称 () 学童保育室の出席 (迎え 時 分頃)・欠席

秘 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	小学校	学 年	年生(R7.4.1 現在)
利用施設名		入学前状況 (保育園・幼稚園名)	
ふりがな 児 童 名		生年月日	平成 年 月 日
		血 液 型	
住 所			
保護者名			

■ 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			
2			
3			
4			
5			

■ 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			
外科			
歯科			
眼科			
その他			

※ 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。

内 科	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	（ ）
	脳波の異常	（ ）
	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： ）（ 年 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（ 年 月頃）	

平 熱	度
-----	---

■ 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	（ 才の頃 発症）
アレルギー	薬	な し・あ り（ ）
	食べ物	な し・あ り（ ）
	その他	な し・あ り（ ）
新学年の学校での学級		普通学級 ・ 特別支援学級 ・ 検討中（ ）
配慮、支援が必要な内容		ADHD ・ LD ・ 自閉症 ・ その他（ ） 内容（ ）
身体障害者手帳の受給状況		な し ・ あ り ・ 申請中 （ 級、障がい名： ）
療育手帳の受給状況		な し ・ あ り ・ 申請中 （ 級）
・ 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	
------	--

* 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。