（様式第１号）

**上田市学童保育所利用申請書**

運　営　委　員　長　　様

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | | | | | | 住所 | | 〒  上田市  （区・自治会　　　　　） | | | |
| 電話 | | （　　　） | | | |
| フリガナ  保護者氏名 | |  | | | |
|  | | | |
| 学童保育所を利用したいので、次のとおり申し込みます。  また、保育料算定のために、市が世帯状況等について調査することに同意します。 | | | | | | | | | | | |
| 申請年月日 | | | 令和　　　年　　　月　　　日 | | | |  | | | | |
| 学童保育所名 | | |  | | | | | | | | |
| 利用希望児童 | | フリガナ  氏名 |  | | | | | | 男  ・  女 | 生年月日 | 平成　　年　　　月　　　日 |
|  | | | | | |
| 学校  学年 | (令和５年度)　　　　小学校  年　　　組 |
| フリガナ  氏名 |  | | | | | | 男  ・  女 | 生年月日 | 平成　　年　　　月　　　日 |
|  | | | | | |
| 学年 | (令和５年度)  年　　　組 |
| フリガナ  氏名 |  | | | | | | 男  ・  女 | 生年月日 | 平成　　年　　　月　　　日 |
|  | | | | | |
| 学年 | (令和５年度)  年　　　組 |
| 利用希望児童を除く同居家族 | | フリガナ  氏　　名 | | 続柄 | 勤務先　学校名学年　保育園名等 | | | | | | |
|  | |  | 勤務先℡　（　　　） | | | | | | |
|  | |  | 勤務先℡　（　　　） | | | | | | |
|  | |  | 勤務先℡　（　　　） | | | | | | |
|  | |  | 勤務先℡　（　　　） | | | | | | |
|  | |  | 勤務先℡　（　　　） | | | | | | |
| 利用希望理由 | | ※該当するもの全てに○を付けてください。（例：父が仕事で、母が介護の場合、１と5に○印）  理由が重複する方や2～7に該当する方は裏面に詳細をご記入ください。  １　就労のため、保育できる保護者がいないため  ２　保護者が病気療養中、出産の産前産後で保育ができないため  ３　近い将来就労の見込みがあるが、現在求職中であるため  ４　昼間同居家族が家庭にいるが、高齢等のため保育ができないため  ５　保護者は就労していないが同居家族が病気、障害等で介護が必要で保育ができないため  ６　保護者は就労していないが別居親族が病気、障害等で介護が必要で保育ができないため  ７　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 緊急連絡先 | | 優先順   1. (母・父・（　　　　）)の(携帯・勤務先・自宅)／℡　　　　－　　　－ 2. (母・父・（　　　　）)の(携帯・勤務先・自宅)／℡　　　　－　　　－ | | | | | | | | | |
| 世帯状況 | | ※該当する方のみ○を付けてください。（家庭の状況により保育料の減額を希望する場合）  １　母子家庭（遺族年金・児童扶養手当・母子家庭医療 を 受給中・申請中）  ２　父子家庭  ３　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| ■利用する児童の健康状態についてご記入ください。  【児童名：　　　　　　　　　　】   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 身体状態 | ［　　］健康　　［　　］病弱な面がある　［　　］病気（診断名：　　　　　　　　　　　） | | | 常用している薬 | なし　・　あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | アレルギー | 食品 | なし　・　あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | その他 | なし　・　あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | その他  （利用希望児童の健康状態で注意が必要なこと） | 特に心配なことがございましたら、申請時に職員までご相談ください。  （症状により、生活上の注意事項について医師の意見書等をお願いする場合があります） | |   【児童名：　　　　　　　　　　　　】   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 身体状態 | ［　　］健康　　［　　］病弱な面がある　　［　　］病気（診断名：　　　　　　　　　　　） | | | 常用している薬 | なし　・　あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | アレルギー | 食品 | なし　・　あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | その他 | なし　・　あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | その他  （利用希望児童の健康状態で注意が必要なこと） | 特に心配なことがございましたら、申請時に職員までご相談ください。  （症状により、生活上の注意事項について医師の意見書等をお願いする場合があります） | |   【児童名：　　　　　　　　　　　　】   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 身体状態 | ［　　］健康　　［　　］病弱な面がある　［　　］病気（診断名：　　　　　　　　　　　） | | | 常用している薬 | なし　・　あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | アレルギー | 食品 | なし　・　あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | その他 | なし　・　あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | その他  （利用希望児童の健康状態で注意が必要なこと） | 特に心配なことがございましたら、申請時に職員までご相談ください。  （症状により、生活上の注意事項について医師の意見書等をお願いする場合があります） | |   ■利用児童について、より適切な支援をおこなうために保育園、小学校等と情報共有させていただく場合があります。 | | | | | | | | | | | |
| ■次に該当する児童は、職員加配の対象になることがありますので、申請書提出時に職員までご相談ください。  ・身体障がい者手帳所持児童、療育手帳所持児童  ・特別児童扶養手当受給対象児童  ・医師から発達障がいと診断された児童（診断書の添付必要）  ・医師、児童相談所等（市就学指導委員会）が上記児童と同等の支援を必要と認めた児童  【児童名：　　　　　　　　　　】   |  |  | | --- | --- | | 申し込み児童の状況（職員加配の参考にします）　　※該当に記入または〇 | | | 障がい名　（　　　　　　　　　　　　　　　） | 身体　・　知的　・　発達 | | （　　）特別支援学級（予定）　　（　　）身体障がい者手帳　　級　　（　　）療育手帳　A・B | | | （　　）保育所・幼稚園で加配あり | |   ※以下の欄は記入不要 | | | | | | | | | | | |
| 特記事項 |  | | | | | | | | | | |

**■学童保育所には定員があります。申請希望に添えない場合がございますので御承知おきください。**

**■利用許可については必要な条件を付する場合がございますので御承知おきください**

**記入例**

**上田市学童保育所利用申請書**

運　営　委　員　長　　様

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | | | | | | 住所 | | 〒**386-0025**  上田市　**天神2-4-74　〇〇アパート101号**  （区・自治会　　　　　） | | | |
| 電話 | | （　**\*\***　）**\*\*\*\*** | | | |
| フリガナ  保護者氏名 | | **ウエダ　タロウ** | | | |
| **上田　太郎** | | | |
| 学童保育所を利用したいので、次のとおり申し込みます。  また、保育料算定のために、市が世帯状況等について調査することに同意します。 | | | | | | | | | | | |
| 申請年月日 | | | 令和　**\*\***　年　**\*\***　月　**\*\***　日 | | | |  | | | | |
| 学童保育所名 | | | **学童保育所　〇〇〇〇** | | | | | | | | |
| 利用希望児童 | | フリガナ  氏名 | **ウエダ　イチロウ** | | | | | | 男  ・  女 | 生年月日 | 平成　**\*\***　年　**\*\***　月　**\*\***　日 |
| **上田　一郎** | | | | | |
| 学校  学年 | (令和５年度)　　**〇〇**小学校  **３**年　　**３**組 |
| フリガナ  氏名 | **ウエダ　ジロウ** | | | | | | 男  ・  女 | 生年月日 | 平成　**\*\***　年　**\*\***　月　**\*\***　日 |
| **上田　二郎** | | | | | |
| 学年 | (令和５年度)  **１**年　　　組 |
| フリガナ  氏名 |  | | | | | | 男  ・  女 | 生年月日 | 平成　\*\*　年　\*\*　月　\*\*　日 |
|  | | | | | |
| 学年 | (令和５年度)  年　　　組 |
| 利用希望児童を除く同居家族 | | フリガナ  氏　　名 | | 続柄 | 勤務先　学校名学年　保育園名等 | | | | | | |
| **ウエダ　タロウ**  **上田　太郎** | | **父** | **(株)〇〇商会**  勤務先℡　（**\*\***　）**\*\*\*\*** | | | | | | |
| **ウエダ　ハナコ**  **上田　花子** | | **母** | **(有)○○事務所**  勤務先℡　（**\*\***　）**\*\*\*\*** | | | | | | |
| **ウエダ　ミサキ**  **上田　美咲** | | **妹** | **〇〇保育園　年長**  勤務先℡　（　　　） | | | | | | |
|  | |  | 勤務先℡　（　　　） | | | | | | |
|  | |  | 勤務先℡　（　　　） | | | | | | |
| 利用希望理由 | | ※該当するもの全てに○を付けてください。（例：父が仕事で、母が介護の場合、１と5に○印）  理由が重複する方や2～7に該当する方は裏面に詳細をご記入ください。  １　就労のため、保育できる保護者がいないため  ２　保護者が病気療養中、出産の産前産後で保育ができないため  ３　近い将来就労の見込みがあるが、現在求職中であるため  ４　昼間同居家族が家庭にいるが、高齢等のため保育ができないため  ５　保護者は就労していないが同居家族が病気、障害等で介護が必要で保育ができないため  ６　保護者は就労していないが別居親族が病気、障害等で介護が必要で保育ができないため  ７　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 緊急連絡先 | | 優先順   1. (母・父・（　　　　）)の(携帯・勤務先・自宅)／℡　**\*\*\***　 －　**\*\*\*\***　－　**\*\*\*\*** 2. (母・父・（　**祖父**　）)の(携帯・勤務先・自宅)／℡　　　　－　 **\*\***　－　**\*\*\*\*** | | | | | | | | | |
| 世帯状況 | | ※該当する方のみ○を付けてください。（家庭の状況により保育料の減額を希望する場合）  １　母子家庭（遺族年金・児童扶養手当・母子家庭医療 を 受給中・申請中）  ２　父子家庭  ３　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| ■利用する児童の健康状態についてご記入ください。  【児童名：　**上田　一郎**　　　　　　】   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 身体状態 | ［**〇**］健康　　［　］病弱な面がある　［　　］病気（診断名：　　　　　　　　　　　） | | | 常用している薬 | なし　・　あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | アレルギー | 食品 | なし　・　あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | その他 | なし　・　あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | その他  （利用希望児童の健康状態で注意が必要なこと） | 特に心配なことがございましたら、申請時に職員までご相談ください。  （症状により、生活上の注意事項について医師の意見書等をお願いする場合があります） | |   【児童名：　**上田　二郎**　　　　】   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 身体状態 | ［　］健康　　［**〇**］病弱な面がある　　［　　］病気（診断名：　　　　　　　　　　　） | | | 常用している薬 | なし　・　あり（**〇〇〇〇**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | アレルギー | 食品 | なし　・　あり（　**卵**　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | その他 | なし　・　あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | その他  （利用希望児童の健康状態で注意が必要なこと） | 特に心配なことがございましたら、申請時に職員までご相談ください。  **・ぜんそくのため、ひどい咳が出るときは連絡ください。**  **・広汎性発達障害のため、気持ちの切り替えが苦手です。**  （症状により、生活上の注意事項について医師の意見書等をお願いする場合があります） | |   【児童名：　　　　　　　　　　　　】   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 身体状態 | ［　　］健康　　［　　］病弱な面がある　［　　］病気（診断名：　　　　　　　　　　　） | | | 常用している薬 | なし　・　あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | アレルギー | 食品 | なし　・　あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | その他 | なし　・　あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | その他  （利用希望児童の健康状態で注意が必要なこと） | 特に心配なことがございましたら、申請時に職員までご相談ください。  （症状により、生活上の注意事項について医師の意見書等をお願いする場合があります） | |   ■利用児童について、より適切な支援をおこなうために保育園、小学校等と情報共有させていただく場合があります。 | | | | | | | | | | | |
| ■次に該当する児童は、職員加配の対象になることがありますので、申請書提出時に職員までご相談ください。  ・身体障がい者手帳所持児童、療育手帳所持児童  ・特別児童扶養手当受給対象児童  ・医師から発達障がいと診断された児童（診断書の添付必要）  ・医師、児童相談所等（市就学指導委員会）が上記児童と同等の支援を必要と認めた児童  【児童名：　**上田　二郎**　　　　　】   |  |  | | --- | --- | | 申し込み児童の状況（職員加配の参考にします）　　※該当に記入または〇 | | | 障がい名　（　　**広汎性発達障害**　　　　　） | 身体　・　知的　・　発達 | | （　　）特別支援学級（予定）　　（　　）身体障がい者手帳　　級　　（**〇**　）療育手帳　A・B | | | （　　）保育所・幼稚園で加配あり | |   ※以下の欄は記入不要 | | | | | | | | | | | |
| 特記事項 |  | | | | | | | | | | |

**■学童保育所には定員があります。申請希望に添えない場合がございますので御承知おきください。**

**■利用許可については必要な条件を付する場合がございますので御承知おきください**