

令和 8 年度 学童保育所入所申請書

年 月 日

社会福祉法人くじら 理事長 田崎 耕太郎 様

葉山東くじら学童保育所への入所を次のとおり申請します。

保 護 者	住 所	〒				
	フリガナ					
	氏 名			電話番号		
	(保育時間等) 緊急連絡先	父親仕事先・母親仕事先・父親携帯・母親携帯・その他 ()				
		電話番号				
入 所 希 望 児 童	フリガナ		生年月日	年 月 日生		
	氏 名		学 年	年生(入所年度4月1日時点の学年)		
	性 別	男 ・ 女				
身 体 の 状 況 ※加配指導員の配置を検討する際の参考としますので必ず記入してください	①アレルギー (有 (具体的に:) ・ 無)					
	②障がい (有 (障がい名:) (知的 ・ 身体 ・ 発達) ・ 無)					
	【有の場合】					
	・手帳 (有 ・ 無)					
	□身体障害者手帳 () 級 □精神障害者手帳 () 級 □療育手帳 (A ・ B)					
・通学している学級 (通常学級 ・ 特別支援学級)						
※障がいがある場合は、手帳、医師の診断書、発達検査結果等、病名や状態がわかるものの写しを提出してください。						
③その他 (注意事項)						
[]						
同居している方 ※入所希望児童は記載不要 ※同居している方全員を記入してください	氏 名	続柄 (希望児童から見て)	年齢	就労・療養等状況 (常勤・パート・勤務時間、病名、学年等)	通勤時間 (片道)	
入所を希望する具体的な理由						
保 育 を 必 要 と す る 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日まで					

同 意 書	
記載内容の確認のため、私および私の世帯員の住民登録の状況、就労先への就労内容の確認、および個々に応じた適切な対応のために必要な入所希望児童の発育状況にかかる関係機関への照会、ならびに関係機関からの情報提供に同意します。	
年 月 日	
社会福祉法人くじら 理事長 田崎 耕太郎 様	
保護者氏名	

※記載事項に虚偽のある場合、入所申込は無効となり、入所できないことがあります。

父親の状況		母親の状況			
傷病等					
傷病・障がい名			傷病・障がい名		
	身体障害者手帳[級]・() [級]			身体障害者手帳[級]・() [級]	
入通院期間 ※障がい・出産の場合は記入不要	入院 ・ 通院		入通院期間 ※障がい・出産の場合は記入不要	入院 ・ 通院	
	入院 (年 月 日～ 年 月 日見込) 通院 (月 回)・常時病臥・要安静			入院 (年 月 日～ 年 月 日見込) 通院 (月 回)・常時病臥・要安静	

注) 傷病の場合：医師による診断書、障がいの場合：手帳の写し、出産の場合：母子手帳の写しの添付が必要です。

学 生 等							
学 校 名				学 校 名			
学校所在				学校所在			
片道通学時間	時間 分			片道通学時間	時間 分		
通学日数・時間	月 日以上 : ~ :			通学日数・時間	月 日以上 : ~ :		
在学期間	年 月 日から 年 月 日まで (見込)			在学期間	年 月 日から 年 月 日まで (見込)		

注) 在学証明書および通学日数・時間のわかる資料の添付が必要です。

病人等の介護							
被介護者名				被介護者名			
続 柄				続 柄			
介護状況	自宅・施設付添等 (月 回・1日 時間)			介護状況	自宅・施設付添等 (月 回・1日 時間)		
傷病・障がい名				傷病・障がい名			
	身体障害者手帳[級]・() [級] 介護認定要介護[]				身体障害者手帳[級]・() [級] 介護認定要介護[]		

注) 介護の場合は状況が確認できる医師による診断書、障害者手帳等の写し、または介護保険被保険者証等の写しの添付が必要です。

災 害	
災 害 発 生 日	年 月 日
災害状況	

注) 罹災証明等の添付が必要です。

祖父母の状況について

※市内に在住されている方のみ記入してください。

	父 方		母 方	
	祖 父	祖 母	祖 父	祖 母
氏 名				
年 齢	歳	歳	歳	歳
住 所				
健康状態				
備考 (勤務先等)				