

# 放課後児童健全育成事業登録申込書

別紙2

令和5年度（2023年度）

ふりがな	(姓)	(名)	性別	男・女	
児童氏名			生年月日	平成 年 月 日生(満才)	
住所	〒				
学校名	小学校 年 組 □支援クラス ※令和5年4月現在				
保護者の勤務先をそれぞれ記入してください <small>勤務日は勤務する可能性がある曜日に○をつけてください</small>	父親氏名		母親氏名		
	勤務先名		勤務先名		
	勤務所在地 電話	TEL ( )	勤務所在地 電話	TEL ( )	
	勤務時間	開始 : から 終了 : まで	勤務時間	開始 : から 終了 : まで	
	勤務日	月・火・水・木・金・土 不定期( )	勤務日	月・火・水・木・金・土 不定期( )	
	一カ月の勤務日数	日(週日)	一カ月の勤務日数	日(週日)	
緊急連絡先 (氏名・続柄等も記入してください。)	※電話番号を優先順に御記入ください。①には保護者どちらかの携帯電話を御記入ください。 ①氏名： (続柄： ) TEL ( ) ②氏名： (続柄： ) TEL ( ) ③氏名： (続柄： ) TEL ( )				
登録理由	(あてはまるものに○を記入してください) 1. 家庭外労働 2. 出産の前後 3. 疾病等 4. 介護				
登録期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで				
早朝利用 申出 (希望者のみ)	入室時間	申出理由 (あてはまるものに○と理由を記入してください) 1. 始業時間に間に合わない 2. 保育園の送迎 3. その他 ( )			
	7時 分頃	児童のみでの入室 (希望者のみあてはまるものに○)	緊急連絡先 (通常時と異なる場合のみ)		
1. 駐車場から児童のみで入室 2. 自宅から児童のみで入室 (別途経路図提出)					
家 族 状 況 (同居者全員を記載、本人含む)					
氏名	続柄	生年月日	職業	利用料 免除希望	備考

児童クラブ受付

受付日

社会教育課受付

/

# 保健アンケート

学校・氏名	小学校 年 組 <input type="checkbox"/> 支援クラス 児童氏名:		
血液型	型 RH( )	かかりつけの病院名	
通っていた保育園 または幼稚園	保育園 幼稚園	平熱	℃

## Q1 お子さんの発育・発達等についてお答えください。

1	トイレ等に関して心配事があれば 該当するものに☑をつけてください	<input type="checkbox"/> 一人でトイレに行けない <input type="checkbox"/> 和式トイレが使えない <input type="checkbox"/> おもらしをする <input type="checkbox"/> その他( )
2	お子さんの性質や癖で気になることはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ・ <input type="checkbox"/> はい( )
3	右記に該当するものがあれば全てに ☑をつけてください	<input type="checkbox"/> 泣きやすい <input type="checkbox"/> 興奮しやすい <input type="checkbox"/> おとなしい <input type="checkbox"/> 人見知り <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 蹴る <input type="checkbox"/> 叩く <input type="checkbox"/> その他( )
4	発育・発達等で心配なことがありますか(発達等に関する診断が出ている場合はご記載ください)	<input type="checkbox"/> いいえ・ <input type="checkbox"/> はい( )
5	放課後等テイクサービス等の利用、利用の予定・検討はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ・ <input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> 利用予定・検討中 →はい、利用予定・検討中の場合施設名( )

## Q2 お子さんの身体の状態や病気についてお答えください。

1	慢性の病気はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ・ <input type="checkbox"/> はい( 病名 )
2	現在治療中や経過観察中の病気やけがはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ・ <input type="checkbox"/> はい( )
3	アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ・ <input type="checkbox"/> はい( )
4	現在服用している薬またはエピペン等 等ありますか	<input type="checkbox"/> いいえ・ <input type="checkbox"/> エピペン・ <input type="checkbox"/> 薬( )
5	ひきつけをしたことはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ・ <input type="checkbox"/> はい( 才頃 病名 )
6	今までの病歴(治療済)について該当するものがあれば☑をつけてください	<input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> ぜん息 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 腎臓疾患 <input type="checkbox"/> その他( )

## Q3 その他心配なことがありましたらお書きください。

以下の内容について、同意します。

- 1 あらかじめ利用予定日をお知らせします。
- 2 事業の利用が不必要となった場合は、取消申出書の提出をします。
- 3 住所、家族の状況、勤務先、勤務時間、緊急連絡先、利用予定日が変更になった場合は、放課後児童クラブに連絡します。
- 4 本書の内容を当該児童が在籍している小学校へ提示することに同意します。
- 5 土曜日に児童館を利用する場合は、児童館に本書の内容を提示することに同意します。
- 6 審査の際に、必要な個人情報を閲覧することに同意します。
- 7 スポーツ安全保険への加入に同意し、期日までに保険料(児童一人あたり800円)を放課後児童クラブに支払います。
- 8 放課後児童クラブの利用料が発生した場合は、期日までに利用料(4～6年生:月額3,000円)を支払います。

本書のとおり、証明書を添えて放課後児童健全育成事業の申し込みをします。

令和 年 月 日

保護者署名

(あて先) 東 海 市 長

放課後児童健全育成事業登録申込書

令和5年度(2023年度)

ふりがな	(姓) とうかい	(名) たろう	性別	<input checked="" type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女	
児童氏名	東海	太郎	生年	平成26年5月14日生(満6才)	
住所	〒476-0000 東海中央町1丁目1番地東海ハイツ(200)				
学校名	平洲小学校 1年 組 <input checked="" type="radio"/> 支援クラス ※令和5年4月現在				
保護者の勤務先をそれぞれ記入してください <small>勤務日は勤務する可能性がある曜日に○をつけてください</small>	父親氏名	東海 次郎	母親氏名	東海 花子	
	勤務先名	●●(株)	勤務先名	▲▲商事	
	勤務所在地	東海市東海町1丁目●番地	勤務所在地	名古屋市○○区二丁目××	
	電話	TEL 052 (▲▲▲) ▲▲▲▲	電話	TEL 052 (●●●) ●●●●	
	勤務時間	開始 9:00 から 終了 17:30 まで	勤務時間	開始 9:30 から 終了 16:45 まで	
	勤務日	<input checked="" type="radio"/> 月・ <input checked="" type="radio"/> 火・ <input checked="" type="radio"/> 水・ <input checked="" type="radio"/> 木・ <input checked="" type="radio"/> 金・ <input checked="" type="radio"/> 土 不定期(3交代)	勤務日	<input checked="" type="radio"/> 月・ <input checked="" type="radio"/> 火・ <input checked="" type="radio"/> 水・ <input checked="" type="radio"/> 木・ <input checked="" type="radio"/> 金・ <input checked="" type="radio"/> 土 不定期( )	
一カ月の勤務日数	20日(週5日)	一カ月の勤務日数	12日(週3日)		
緊急連絡先 <small>(氏名・続柄等も記入してください。)</small>	※電話番号を優先順に御記入ください。①には保護者どちらかの携帯電話を御記入ください。 ①氏名: 東海 花子 (続柄: 母) TEL 080 (●●●●) ●●●● ②氏名: 東海 次郎 (続柄: 父) TEL 090 (▲▲▲▲) ▲▲▲▲ ③氏名: 鉄鋼 鉄男 (続柄: 叔父) TEL 052 (△△△) △△△△				
登録理由	(あてはまるものに○を記入してください) <input checked="" type="radio"/> 1. 家庭外労働    2. 出産の前後    3. 疾病等    4. 介護				
登録期間	令和5年4月1日から令和6年3月31日まで				
早朝利用 申出 <small>(希望者のみ)</small>	入室時間	7時40分頃			
	申請理由 <small>(あてはまるものに○と理由を記入してください)</small>	① 始業時間に間に合わない ② 保育園の送迎 3. その他( )			
児童のみでの入室 <small>(希望者のみあてはまるものに○)</small>		緊急連絡先 <small>(通常時と異なる場合のみ)</small> 090-0000-0000 (祖父)			
1. 駐車場から児童のみで入室					
2. 自宅から児童のみで入室 <small>(別途経路図提出)</small>					
家族状況 (同居者全員を記載、本人含む)					
氏名	続柄	生年月日	職業	利用料免除希望	備考
東海 次郎	父	昭和52年10月12日	会社員		
東海 花子	母	昭和56年12月1日	派遣会社員		
東海 大仏	兄	平成21年10月25日	平洲小学校 6年生		
東海 皐月	姉	平成22年6月18日	平洲小学校 5年生	<input type="radio"/>	
東海 太郎	本人	平成26年5月14日	平洲小学校	<input checked="" type="radio"/>	

あてはまる場合はし点をつけてください

3か所記入してください

5ページの免除事由に該当する場合は、免除希望の児童に「○」を記入してください。なお、別途必要書類の提出をお願いします。詳しくは、教育委員会社会教育課へご連絡ください。

# 保健アンケート

必ず記入してください

学校・氏名	平洲 小学校 1 年 組 <input checked="" type="checkbox"/> 支援クラス 児童氏名: 東海 太郎
血液型	○ 型 RH( + ) かかりつけの病院名 ○○クリニック
通っていた保育園 または幼稚園	東海○○ <u>保育園 幼稚園</u> 平熱 36.5 °C

## Q1 お子さんの発育・発達等についてお答えください。

1	トイレ等に関して心配事があれば該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください	<input type="checkbox"/> 一人でトイレに行けない <input checked="" type="checkbox"/> 和式トイレが使えない <input type="checkbox"/> おもらしをする <input type="checkbox"/> その他( その他の場合は具体的に記入 )
2	お子さんの性質や癖で気になることはありますか	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ・ <input type="checkbox"/> はい( はいの場合は具体的に記入 )
3	右記に該当するものがあれば全てに <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください	<input checked="" type="checkbox"/> 泣きやすい <input type="checkbox"/> 興奮しやすい <input type="checkbox"/> おとなしい <input checked="" type="checkbox"/> 人見知り <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 蹴る <input type="checkbox"/> 叩く <input type="checkbox"/> その他( その他の場合は具体的に記入 )
4	発育・発達等で心配なことがありますか( 発達等に関する診断が出ている場合はご記載ください)	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ・ <input type="checkbox"/> はい( はいの場合は具体的に記入 )
5	放課後等テイスサービス等の利用、利用の予定・検討はありますか	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ・ <input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> 利用予定・検討中 →施設名( はい、利用予定・検討中の場合に記入 )

## Q2 お子さんの身体の状態や病気についてお答えください。

1	慢性の病気はありますか	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ・ <input type="checkbox"/> はい( 病名 はいの場合は具体的に記入 )
2	現在治療中や経過観察中の病気やけがはありますか	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ・ <input type="checkbox"/> はい( はいの場合は具体的に記入 )
3	アレルギーはありますか	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ・ <input type="checkbox"/> はい( はいの場合は具体的に記入 )
4	現在服用している薬またはエピペン等がありますか	<input type="checkbox"/> いいえ・ <input checked="" type="checkbox"/> エピペン・ <input type="checkbox"/> 薬( 薬がある場合は具体的に記入 )
5	ひきつけをしたことはありますか	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ・ <input type="checkbox"/> はい( 才頃 病名 はいの場合記入 )
6	今までの病歴( 治癒済 )について該当するものがあれば <input checked="" type="checkbox"/> を付けてください	<input type="checkbox"/> てんかん <input checked="" type="checkbox"/> ぜん息 <input checked="" type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 腎臓疾患 <input checked="" type="checkbox"/> その他( その他の場合は具体的に記入 )

## Q3 その他心配なことがありましたらお書きください。

心配なこと、伝えておきたいことなどを記入してください。

必ずお読みください。

以下の内容について、同意します。

- 1 あらかじめ利用予定日をお知らせします。
- 2 事業の利用が不必要となった場合は、取消申出書の提出をします。
- 3 住所、家族の状況、勤務先、勤務時間、緊急連絡先、利用予定日が変更になった場合は、放課後児童クラブに連絡します。
- 4 本書の内容を当該児童が在籍している小学校へ提示することに同意します。
- 5 土曜日に児童館を利用する場合は、児童館に本書の内容を提示することに同意します。
- 6 審査の際に、必要な個人情報を閲覧することに同意します。
- 7 スポーツ安全保険への加入に同意し、期日までに保険料(児童一人あたり800円)を放課後児童クラブに支払います。
- 8 放課後児童クラブの利用料が発生した場合は、期日までに利用料(4～6年生:月額3,000円)を支払います。

本書のとおり、証明書を添えて放課後児童健全育成事業の申し込みをします。

令和 4 年 11 月 ○ 日

提出する日

保護者署名 東海 次郎

(あて先) 東 海 市 長