

放課後児童保育及び臨時放課後児童保育利用（変更）申込書

| | | | | | | | | | |
|--|--------------------------------------|----|----|------------------------------------|----|----|----|----|--|
| ふりがな 児童氏名 | | | 男 | 生年月日 | 平成 | 年 | 月 | 日生 | |
| | | | 女 | 学年 | 年 | | | | |
| 個人番号 | | | | | | | | | |
| 保護者名 | 父 | | | | | | | 母 | |
| 個人番号 | | | | | | | | | |
| 現住所 | 桑折町大字 字 アパート名も記入してください。(☎ - -) | | | | | | | | |
| 父の職業 | | | | 勤務先名称 | | | | | |
| | (携帯電話) | | | 勤務先電話 | | | | | |
| 母の職業 | | | | 勤務先名称 | | | | | |
| | (携帯電話) | | | 勤務先電話 | | | | | |
| 希望する期間 (□にレを記入) | <input type="checkbox"/> 放課後児童保育 | | | <input type="checkbox"/> 臨時放課後児童保育 | | | | | |
| | 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで | | | (日間) | | | | | |
| 希望する時間 (□にレを記入) | <input type="checkbox"/> 放課後児童保育 | | | <input type="checkbox"/> 臨時放課後児童保育 | | | | | |
| | 18:00まで 18:30まで 19:00まで (該当を○で囲む) | | | 時 分から 時 分まで | | | | | |
| 希望する理由 | | | | | | | | | |
| 家族構成 (迎えに来る人を○で囲む) | 氏名 | 年齢 | 続柄 | 氏名 | 年齢 | 続柄 | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 同居家族以外に 迎えに来る人が いる場合、その 人について記入 | 氏名 | | | | | | | | |
| | 住所 | | | | | | | | |
| | 電話番号 | ☎ | - | - | 続柄 | | 年齢 | | |

~~* 内容変更の場合は児童氏名及び変更のある箇所のみ記入してください。~~

* 放課後児童保育利用の場合は、次の欄にも記入してください。

| | | | |
|------------|-----|-----------|-------------|
| 土曜日の利用について | 有・無 | 土曜日利用する時間 | 時 分から 時 分まで |
|------------|-----|-----------|-------------|

桑折町長
(桑折町立小学校長経由)

上記のとおり、
醸芳小学校 睦合小学校 の 放課後児童保育 を申し込みます。
半田醸芳小学校 伊達崎小学校 の ~~臨時放課後児童保育~~ の内容を変更します。

この放課後児童保育利用申込書の提出後に、町が放課後児童保育料の決定にあたり、世帯全員の所得状況等について調査することに同意します。

令和 年 月 日

保護者氏名

児童生活調査表

| | | | | |
|-------------------------|-------|---------------------|-------|---|
| 児 童 氏 名 | | 血液型 | | ・既往症他 |
| 地 区 子 ども 会 名 | | | | 1 今までにかかった病気に☑をつけて下さい。 |
| 迎 え の 時 間 等 | 誰が | | | |
| | 何時ごろ | | | |
| 緊急連絡先 | | | | <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 耳下腺炎 <input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> その他() |
| 氏名 | 続柄 | 電話番号(会社等の場合は会社名も記載) | | |
| ① | | | | |
| ② | | | | 2 今までに受けた予防接種に☑をつけてください |
| 連絡事項(アレルギー体質・ぜん息・アトピー等) | | | | <input type="checkbox"/> Hibワクチン <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> 四種混合 <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 麻しん、風しん <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> 二種混合 <input type="checkbox"/> ヒトパピローマウイルス <input type="checkbox"/> ロタウイルス <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> その他() |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| ・通学状況 | ①通学距離 | km | ②所要時間 | 分 |
| ③通学道順略図 (自宅からの略図) | | | | |
| | | | | |