

記入例

令和 6 年 12 月 2 日

令和 7 年度 金ヶ崎・三ヶ尻・北部・西・永岡 学童保育所入所申込書

※ 希望学童に○をして下さい。

社会福祉法人 金ヶ崎町社会福祉協議会会長 様

児童の入所について、下記のとおり申します。

申請者 (保護者)	保護者住所	〒029-4503 金ヶ崎町 西根南羽沢 53-1				自宅から学童までの距離 2.3 km	
	保護者氏名	金ヶ崎 太郎 印					
申込理由	(該当箇所を○)	・仕事上の理由 ・身体上の理由 ・その他 ()					
入所児童	氏名	性別	学年	生年月日	血液型	平熱	出身園
	ふりがな かねがさき いちろう 金ヶ崎 一郎	男	R7年度 1年	H29. 6. 6	O型	36度5分	ABC子ども園
	ふりがな					度分	
	ふりがな					度分	
保護者	氏名	携帯電話番号			勤務先		
	ふりがな かねがさき たろう 父 金ヶ崎 太郎	090-1111-1111			勤務先 ○○○会社 所在地 金ヶ崎町西根南羽沢 43 電話番号 0197-44-6060		
	ふりがな かねがさき はなこ 母 金ヶ崎 花子	090-2222-2222			勤務先 ○○○会社 所在地 金ヶ崎町西根南羽沢 43 電話番号 0197-44-6060		
	緊急連絡先	① 連絡先(母) ☎090-2222-2222	② 連絡先(母職場) ☎0197-44-6060	③ 連絡先(父) ☎090-1111-1111			
両親以外のお迎えの方	氏名 奥州 咲子	続柄 祖母(母方)			連絡先	☎080-2222-2222	
	氏名	続柄			居住地	(同居の場合不要) 奥州市水沢佐倉河○○○	
				連絡先	☎ - -		
				居住地	(同居の場合不要)		

令和7年度の学年を
ご記入ください。

減免申請希望	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無	※生活保護世帯、ひとり親世帯、2人以上の児童が利用する世帯（ひとり親世帯除く）は減免の申請が出来ます。 詳しくは減免措置のお知らせをご覧ください。	
土曜利用希望	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無	有の場合	時 分頃まで ※午後6時まで 毎週 <input checked="" type="radio"/> 隔週 ・ その他 ()
延長利用希望	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無	有の場合理由	月5回以内・ほぼ毎日 _____
写真掲載の可否	可 ・ 否	※社会福祉協議会の広報等に写真を掲載されることがありますので、可か否に記入をお願いします。	

※ 入所中の参考とさせていただきたいので、下記事項の記入をお願いします。

家族構成その1（入所を希望する児童を除く同居家族）

※記入日現在

氏名	続柄	年齢	生年月日	勤務先・学校・園	職業・学年	終業時間
金ヶ崎 太郎	父	38	S〇年〇月〇日	〇〇〇会社	会社員	19時00分頃
金ヶ崎 花子	母	37	S〇年〇月〇日	〇〇〇会社	会社員(パート)	17時00分頃
金ヶ崎 夢	妹	3	R〇年〇月〇日	〇〇〇保育園	年少	時 分頃
						時 分頃
						時 分頃

家族構成その2（別居ではあるが、同一敷地内に居住する祖父母）

氏名	続柄	年齢	生年月日	勤務先等	職業	終業時間
金ヶ崎 澄男	祖父	63	S〇年〇月〇日	〇〇会社	会社員	17時30分
金ヶ崎 愛子	祖母	59	S〇年〇月〇日	スーパー〇〇	パート	18時30分

既往歴（持病など）

児童氏名	学年	既往歴（ぜんそく・アトピー・アレルギー・発達障がい・その他）
金ヶ崎 一郎	1年	アトピー性皮膚炎

かかりつけ医等

児童氏名	病院等名	受診頻度	服薬の有無	薬品名
金ヶ崎 一郎	金ヶ崎医院	月1回	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無	〇〇〇〇
			有 ・ 無	
			有 ・ 無	

習い事

児童氏名	内容	曜日	時間
金ヶ崎 一郎	金ヶ崎学習塾	毎週火曜	15:00 ~ 16:00
			: ~ :
			: ~ :

その他学童に伝えたいこと	
--------------	--