

記入例

新宮町学童保育所入所申込書

【注意】  
提出日をご記入ください

令和 8 年 1 月 9 日

ふりがな しんぐう たろう  
保護者名 新宮 太郎

住 所	〒 ××× - ×××× ※マンション・アパート名も記入して下さい。 糟屋郡新宮町○○○ マンション○○○号室 TEL XXX-XXXX-XXXX(携帯)			
メールアドレス	○○○@××××			
ふ り が な 児 童 氏 名	しんぐう じろう 新宮 次郎	性別 男 女	生年月日 平成 30 年 9 月 28 日	
学校名・学年	新宮 小学校 2 年生（4月1日現在） ※入所年度の学年をご記入ください。			
入所の期間	<input checked="" type="checkbox"/> 令和 8 年 4 月 1 日 から 令和 9 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日			
入 所 形 態	<input type="checkbox"/> 土曜日 <input type="checkbox"/> 延長 ※月額利用料金を希望する場合			
市 員 の 状 況	【注意】入所形態： 月極での土曜日利用、平日延長利用を希望される場合、チェックしてください。		年齢 勤務先、学校名(学年)等 勤務先の電話番号	
	新宮 花子	母	40	【注意】世帯員の状況： 氏名：保護者が単身赴任の場合も記入してください。 学校名(学年)等：学校名および入所年度の学年をご記入ください。
	新宮 一郎	兄	8	
	新宮 花実	妹	2	新宮小学校3年 XXX-XXX-XXXX
				新宮保育所 XXX-XXX-XXXX
申 込 理 由	1.保護者が仕事をしているため 2.その他（理由）			
入 所 歴	<input type="checkbox"/> 新規入所 <input checked="" type="checkbox"/> 継続入所 <input type="checkbox"/> 再入所（同年度内）			
現 状  （□にチェック）	○現状の保育状況 <input type="checkbox"/> 親戚預 <input type="checkbox"/> 他人預 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 保育園 （ ） <input checked="" type="checkbox"/> 学童保育所 <input type="checkbox"/> その他 （ ）			
チェック項目（学童保育所で記入します）				
学 童 受 付 日	受付者	チェック項目		
/		【注意】		
指定管理者への連絡日		こちらは学童で記入しますので、事前のご記入は不要です。		
/		<input type="checkbox"/> 7月¥5,500 <input type="checkbox"/> 2/3¥3,667 <input type="checkbox"/> 1/3¥1,834 <input type="checkbox"/> 800円 <input type="checkbox"/> 8月¥7,000 <input type="checkbox"/> 2/3¥4,667 <input type="checkbox"/> 1/3¥2,334		

学童保育所児童台帳

児童No.		【注意】児童No.  ご記入不要		( ) 年  児童名 ( )		
健康 管理 台帳	常用薬	<input type="checkbox"/> 有り <input checked="" type="checkbox"/> 無し 有りの場合は具体的に記入※職業用		手術歴	<input type="checkbox"/> 有り <input checked="" type="checkbox"/> 無し 有りの場合は具体的に記入	
	既往歴	<input checked="" type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し 有りの場合は具体的に記入 アナフィラキシーショック (蜂)		アレルギー	<input checked="" type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し 有りの場合 〈アレルギー物質について具体的に記入〉 乳製品、卵、小麦、甲殻類(エビせんべい不可)、ナッツ類 柑橘類(オレンジ味のお菓子不可)、アルコール(消毒不可)・予防接種	
	平熱				給食は除去食で対応 <input checked="" type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない	
	かかりつけ	内科・小児科 (病院名・TEL)			障害・疾病	<input checked="" type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し 有りの場合 具体的に記載 自閉スペクトラム症 行動のペースがゆっくり
		外科・整形外科 (病院名・TEL)				特別支援学級在籍 <input checked="" type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない 通級在籍 <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない
その他 (病院名・TEL)						
緊急 連絡 先	氏名 (会社名)		続柄	電話番号・携帯番号		
	① 株式会社〇〇〇〇 △△△課		父	XXX-XXXX-XXXX(会社携帯)		
	② 〇〇〇〇合同会社 □□□部×××課		母	XXX-XXX-XXXX(会社固定電話)		
	③ 〇〇スーパー××店		祖母	XXX-XXXX-XXXX(個人携帯)		
	④ 〇〇〇警備会社		祖父	XXX-XXXX-XXXX(個人携帯)		
⑤						
地図	学童から自宅までの地図 ※通学路を赤で記入してください。※ 目印になるものを明記してください					
	<div>国道〇号線</div> <div>コンビニ〇〇店</div> <div>〇〇ドラッグストア</div> <div>自宅</div> <div>学童</div> <div>【注意】 地図添付も可能です。 枠をはみ出る際は別紙にて提示ください。</div>					

指定管理者は、個人情報の収集にあたり、利用目的を明らかにし、同意を得た必要な範囲内で適切な収集、利用目的の範囲内で利用し、それ以外の目的で一切利用することはありません。ご記入頂きました個人に関する情報につきましては、緊急時にのみ利用し、責任を持って管理し、第三者への開示や他の目的で利用はいたしません。

私は、指定管理者のお客様の個人情報の取り扱いについて理解し、同意します。

【注意】 提出日をご記入ください 保護氏名をご記入ください	令和 8 年 1 月 9 日
	名 前 新宮 太郎