様式第１号（第５条関係）

# 記入例

受付年月日　　年　　月　　日　　新規・再審査

提出年月日を記入してください。

## 学童保育室入室申請書

令和6年 11月 11日

深谷市長　　宛て

保護者氏名は代表保護者のかたでお願いいたします。

保護者 住　所　深谷市仲町11－1

ふりがな　ふかや　ごろう

氏　名　深谷　吾郎

自宅以外の電話番号を記入してください。
例：携帯電話 勤務先など

| 電話連絡先 | | |
|---|---|---|
| | 自宅 | 048－571－1211 |
| | 緊急 | 090-○○○○-××××(母) |

| 入室児童 | | | 生年月日 | 続柄 | 年齢 | 性別 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | ふりがな | ふかや　しんご | | | | |
| | 氏　名 | 深谷　新吾 | H30.6.15 | 子 | 6歳 | (男)・女 |

| | |
|---|---|
| 希望保育室名 | 深　谷　学童保育室 |
| 学校名 | 深　谷　小学校　1　年　　組 |
| 保育の希望期間 | 令和7年 4 月 1日 から　令和8年 3月 31日 まで |

入室希望月の小学校名、学年を記入してください。

入室希望月の１日現在の年齢を記入してください。

| 家族の状況（世帯分離している人を含む。） 続柄 | 氏　名 | 生年月日 | 勤務先 / 労働時間 | 健康状態 | 前年度分（当年度分）市町村民税課税の有無 |
|---|---|---|---|---|---|
| 父 | 深谷　吾郎 | S61.12.1 | ○○会社 / 8 時間 | (健)・否 / 病名 | (有)・無 |
| 母 | 深谷　美保 | S62.3.5 | □□会社 / 8 時間 | (健)・否 / 病名 | (有)・無 |
| 兄 | 深谷　卓也 | H27.10.16 | ○○小学校 / 時間 | (健)・否 / 病名 | 有・(無) |
| 祖父 | 深谷　政宏 | S30.6.19 | 農業 / 8 時間 | (健)・否 / 病名 | (有)・無 |
| 祖母 | 深谷　小百合 | S32.1.31 | 農業 / 4 時間 | 健・(否) / 病名 高血圧 | 有・(無) |
| | | | / 時間 | 健・否 / 病名 | 有・無 |

入室希望月の１日現在の状況を記入してください。

入室児童と同居しているかたは、すべてこちらに記入してください。続柄は、入室児童からみた続柄を記入してください。

| 別居の祖父母の状況 | 続柄 | | 氏　名 | 住　所　（電　話） |
|---|---|---|---|---|
| | 母方 | 祖母 | 埼玉　ひとみ | 深谷市東方町1234　（574－＊＊＊＊） |
| | | 祖父 | 埼玉　つよし | 同上 |
| | 父方 | 祖母 | | |
| | | 祖父 | | |

入室を希望する具体的理由

**両親とも居宅外で労働しているため**

※その他、具体的理由の例
・母親が○月○日から居宅外で労働することが内定しているため。
・出産のため（出産予定日○月○日）。
・母の介護をしているため。など

保育料算定に必要なため、市民税額を確認させていただくことがありますので、承諾の署名をお願いいたします。

【署名欄】
市が入室に必要な市町村民税の情報（同一世帯者を含む）・世帯情報を閲覧することに同意します。

令和 6年11月11日　保護者氏名　深谷　吾郎

**裏面は児童に関する健康状況の確認及び署名欄があります。忘れずに記入をお願いします。**

**児童状況は、保育を行う上で大変重要です。**
**必要事項には必ず記入をお願いします。**

の者名欄に署名をお願いします。

| 児童名 | 深谷　新吾 | 生年月日 | 平成 30年 6月15日 |
|---|---|---|---|

| | |
|---|---|
| 発達状況 | ☐ 保育園や幼稚園での生活の中で、または就学時健康診断やその他健診（3歳児健診等）などで、お子さんの発達について医師や保健師等に相談した、または指摘されたことがある。<br>※指摘された内容を差支えない範囲で具体的に記入してください。 |
| 障害について | ☐ 知的障害や発達障害の心配がある。<br>☐知的障害　☐広汎性発達障害（アスペルガー・自閉症等）　☐多動性障害<br>☐注意欠陥多動性障害（ADHD）　☐学習障害（LD）　☐その他 |
| | ☐ 身体障害者手帳をもっている ・・・・・・・・・　級　級<br>☐ 療育手帳をもっている ・・・・・・・・・・・・　度　度<br>☐ 精神障害者保健福祉手帳をもっている・・・・　級　級<br>申請時に手帳の写しを添付してください。 |
| | 障害名（部位）を記入してください。 |
| | 【上記の障害についての主治医】<br>＜病名＞　＜病院名＞　＜頻度＞年・月・週　回 |
| アレルギー | ☐ 無 ・ ☑ 有（ 投薬の必要性　☑ 無 ・ ☐ 有 ） |
| | ☐ 卵 ・ ☐ 牛乳 ・ ☐ 乳製品 ・ ☐ 小麦 ・ ☐ 大豆 ・ ☐ そば ・ ☐ 落花生<br>☐ ダニ ・ ☐ ハウスダスト ・ ☑ 花粉 ・ ☐ その他（　） |
| 医療歴 | 【既往歴】　☑ 無 ・ ☐ 有 |
| | ☐ 肝炎・☐ 川崎病・☐ ぜんそく・☐ ヘルニア・☐ 肺炎・☐ 中耳炎・☐ 脱臼（部位：　）<br>☐ てんかん（開始　歳　か月／状態：　）<br>☐ ひきつけ・けいれん（1回目　歳　か月）／ その後（　回）<br>（熱　℃　回）（無熱性　回）<br>☐ 心臓疾患（病名：　）（症状：不整脈・肥大・雑音）<br>☐ その他（病名：　） |
| | 【定期通院】　☑ 無 ・ ☐ 有 |
| | ＜病名＞　＜病院名＞　＜頻度＞年・月・週　回 |
| | 【投薬の必要性】 ☑ 無 ・ ☐ 有（　） |
| | ※投薬の必要性有の場合→【保育時対応の必要性】 ☐ 無 ・ ☐ 有（　） |
| | 【エピペンの所持】 ☐ 無 ・ ☑ 有 |
| | 【体質的なもの】 ☐ 無 ・ ☑ 有 |
| | ☐ 風邪をひきやすい・☐ 吐きやすい・☑ 鼻血が出やすい・☐ 便秘しがち・☐ 化膿しやすい<br>☐ アトピー性皮膚炎・☐ その他（　） |
| 特別な対応について | 障害、アレルギー、治療中の病気などがあり、学童での特別な対応が必要な場合はご記入ください。<br>（　）<br>・ご記入の場合は、後日、入室を希望する学童保育室でお子さまの状況を確認させていただきます。<br>その結果、学童での対応が難しいと判断をした場合には入室をお断りすることがあります。<br>・記入がなく入室決定後に学童での対応が難しいと判断した場合には、入室決定を取り消すことがあります。 |
| その他 | 集団生活において気になること、心配なことがありましたら、ご記入ください。 |

| | | |
|---|---|---|
| 家庭の状況 | 他の乳幼児 | ☑なし　☐あり（☐在宅で保育中　☐保育園に通園中　☐保育園に入園申請中） |
| | 母子家庭及び父子家庭の確認 | ☐離別　☐死別　☐未婚　☐離婚を前提とした別居<br>☐その他（　） |

【署名欄】 本申請にあたり、以下の内容を確認し同意します。
・本申請書類の内容について全て確認し、記載内容で審査すること。
・公立学童保育室へ入室が決定した際には、小学校及び保護者会へ児童及び保護者氏
情報を提供すること。
・保育する上で、必要な情報については、小学校と連携し適切な支援につながるよう情報

**署名欄は、同意の趣旨をよくご理解いただき、署名をお願いします。**

令和 6年 11月 11日

保護者氏名 **深谷　吾郎**