受付年月日				年	月	日			年月日を記入 どさい。	り新	規・再審査	
					学童	保育室	入室申請書		7			
)							保護者氏名は代表		令和 7 年	¥ 11	月 11日	
深谷市長				宛て		伊维李	のかたでお願いいた					
						保護者	住 所へ	/	沛仲町 <i>1</i> かや ごろ	(++1	(外の電話番号を記	
							氏 名	深色		- X67	こください。 携帯電話 勤務先なと	
						電話連	自宅	048	-571	- 121		
						电前度	緊急	090	-0000)-××		
ス 生	ナ[日 -		りがな	ふかや	しん	ご	生年月日	1	続柄	年齢	性別	
八主	E児 i	単 氏	名	深谷	新吾		2019/6/	15	子	6 点	男・女	
希	望(呆 育:	室 名	入室希望月の小学		Į	深谷	学童	5保育室		月の1日現在	
<u>د</u> ر	 学	 校	名	_ 学年を記入してく (い。	ださ	深 谷		年	 組	さい。	記入してくだ	
			, .	A								
	fi (/)	新望 	期间	令和8	平 4	月 1	日から			3月 、	31日 まで 前年度分	
家	続村	丙	氏	名	生年月日				望月の1日現在の記入してください。		(当年度分) 市町村民税	
族 .							労働時	14	4		課税の有無	
<i>の</i>	父		深谷	吾郎	\$61.12.1		〇〇会社			否	有・無	
											\perp	
状	母	:	深谷	美保	S62.3.5				(健)・ 否		有・無	
況							8 日		病名 (健)・	否		
(世	兄	.	深谷	卓也	HZ	7.10.1 6			房 名	白' ·	有 ·無	
帯分離							農業	1 H1 7	_	否	$\overline{}$	
して	祖分	*	深谷	下政宏	S3(0.6.19		 時間	<u>く</u> 病名		(有)・無	
いる	40.5		·m/>		0.00		農業			图	<i></i>	
人を含	祖	#	深谷	小百合	S32.1.31		4	寺間 ¾	··········· 病名 高	血圧	有 · (無)	
含む。	(入室児童	と同居して	こいるかたは、すべて	255				健 •	否	左 . 無	
$\overline{}$		に記入し		1。続柄は、入室児童				時間 ¾	病名		有 • 無	
別	続	柄	E	モ 名		住			折 (電 話		
居の	母	祖母	埼:	玉 ひとみ	深谷	市東方町	1234	(574-	- * * *	**)	
祖父	方	祖父	埼:	玉 つよし	同上							
母の	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	祖母										
状		祖父										
況												
				×的理由 :働している 1	Ξめ	*	《その他、具体的 理	里由の例				
- ₹77/						•	・母親が○月○日だ ・出産のため(出産	から居宅が 全予定日(月0日)。	ことが内	定しているため。	
		市民和		させていただ			母の介護をしてい					
【型	夕押	- 0署分		すので、承諾 いたします。								
	·名欄 入室		をおおり	/\ *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	司意します。	
				2	令和 7	年11月	111日 保記	養者氏 名	ž : 2	浴 番	5郎	
									14	▼ 144	- PI	

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。 深谷 新吾 見童名 生年月日 2019年6月15日 □ 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。 ※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。 発達状況 □ 知的障害や発達障害の心配がある。 □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 □注意欠陥多動性障害(ADHD) □学習障害(LD) □その他 級 級 申請時に手帳の写しを添付 度 度 してください。 障害について □ 精神障害者保健福祉手帳をもっている・・・・ 級 級 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】 <病名> <病院名> <頻度>年・月・週 □無・☑有(投薬の必要性 ☑無・□有) アレルギー □ 卵 ・ □ 牛乳 ・ □ 乳製品 ・ □ 小麦 ・ □ 大豆 ・ □ そば ・ □ 落花生 □ ダニ ・ □ ハウスダスト ・ ☑ 花粉 ・ □ その他() 【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: □ てんかん(開始 歳 か月/状態: □ ひきつけ・けいれん(1回目 歳 か月) / その後((熱 °C 回)(無熱性 回)(無熱性 回) □ 心臓疾患(病名:)(症状:不整脈・肥大・雑音) □ その他(病名: 【定期通院】 ☑無・□有 医療歴 <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 □ アトピー性皮膚炎・□ その他(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。 特別な対応 について ・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。 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。 ・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。 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。 その他

	他の乳幼児	☑なし	□あり(□	在宅で保育	中	□保育園に通園中	□保育園に入園印	申請中)
家庭の状況	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		
	母丁豕庭及び又丁豕庭の唯認	口その他	!()

【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幸

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7年11月11日

保護者氏名

深谷 吾郎