

令和 6 年度 学童保育利用申請書 (通常利用)

申請日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

(宛先)大田区長

学童保育の利用につき、申請します。また、利用資格の有無に関して、担当課が公簿で確認することに同意します。

(この申請内容について、学童保育施設・担当課双方においてメールを利用した電子データによる情報共有を行う場合があります。)

(保 護 者)	住所	〒 - アパート・マンション名 電話番号	
	フリガナ		
	氏名	緊急 連絡先 (携帯可)	1 父・母 / 勤務先・携帯・その他() 2 父・母 / 勤務先・携帯・その他()

希 望 施 設	*()内に施設名を記入し、いずれかの区分に○をしてください。	
	第1希望	() 児童館・こどもの家・フレンドリー・おおたっ子ひろば・放課後ひろば
	第2希望	あり ・ なし () 児童館・こどもの家・フレンドリー・おおたっ子ひろば・放課後ひろば

児 童	フリガナ		性 別	男 ・ 女
	氏名		生年月日	平成 年 月 日生
	学校名	()小学校 新 年生 (指定校変更の希望 あり・なし)		
	前年度の 保育状況	*いずれかの番号に○をし、()内をご記入ください。 1()保育園 2()幼稚園 3()学童保育 4 家庭 5 その他()		

保 護 者	続柄	父 ・ その他()	勤 務 先 等	名称	
	フリガナ			所在地	
	氏名			電話番号	
	生年月日	昭和/平成 年 月 日生	勤 務 先 等	名称	
	続柄	母 ・ その他()		所在地	
	フリガナ			電話番号	
	氏名				
	生年月日	昭和/平成 年 月 日生			

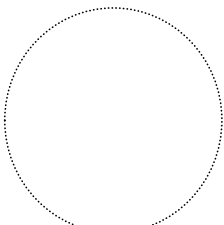
申 請 理 由	*該当する番号のいずれかを()内にご記入ください。 1 就労 2 就労(深夜を含む不規則勤務に限る。) 3 疾病 4 看護・介護 5 心身障害 6 就学等 7 その他						
	父の申請理由⇒() 母の申請理由⇒()						
	7の場合、具体的な理由⇒ ()						

延 長 利 用 申 請 (いずれかに○)	延長保育(午後5時から午後6時までの利用(土曜日を除く。))を希望します。	
	1 希望します。	(利用開始予定 令和 年 月から)
	2 希望しません。	

(区使用欄)

収受印(受付印)

()	過去利用 (本人)	整理番号	過去利用 (兄弟)	氏名 () 整理番号 ()
受付施設	施設コード(第一)		利用承認	令和 年 月 日 利用開始・繰上入所
職員	施設長	施設コード(第二)		
	学校コード		延長承認	令和 年 月 日 利用開始 保 留
	区 分	郵送・手渡し		
	送付先	同上・その他	同選(一)	なし・あり 同選(保) なし・あり
	同選(非)		同選(単)	なし・あり 同選(帰) :



学童保育調査票

児童氏名()

1 保護者の状況 (該当する箇所を記入)			父・その他(児童との続柄)	母・その他(児童との続柄)			
	A 就労	弟妹の保育園の送迎	有	無	有	無	
		育児休業・育児時間	取得中(取得予定)	取得なし	取得中(取得予定)	取得なし	
		育児休業期間	年 月 日～	年 月 日	年 月 日～	年 月 日	
		育児短時間等(時短)取得内容	年 月 日～	年 月 日	年 月 日～	年 月 日	
			取得後勤務時間	～	取得後勤務時間	～	
	※就労(予定)証明書の記載内容と異なる場合、就労(予定)証明書の取扱者(作成者)に確認させていただく場合があります。						
	B 疾病	入院・自宅療養(診断書を添付)	病名		病名		
			病院名		病院名		
			入院期間	～	入院期間	～	
通院回数			回/週・月	通院回数	回/週・月		
C 看護・介護	看護・介護を必要とされる方についてご記入ください。(看護・介護の必要性がわかる内容の診断書を添付)	氏名	保護者との続柄()	氏名	保護者との続柄()		
		病名		病名			
		病院名		病院名			
		入院期間	～	入院期間	～		
D	心身障害(書面を添付)	身体障害者手帳	級・愛の手帳	度	身体障害者手帳	級・愛の手帳	度
		精神障害者保健福祉手帳	級		精神障害者保健福祉手帳	級	
E	就学・その他(具体的に記入)						
F	世帯状況	死亡・離婚・別居・里親・その他()		死亡・離婚・別居・里親・その他()			

2 児童の状況	健康状態	良好・不調(病名)				
	食物アレルギー	有・無(有の場合:食品名) おやつ除去食品 有・無				
	支援の状況 右記に該当する項目はありますか?	有・無 (該当する番号に○)	① 診断名(発達障がい等含):()			
			② 身体障害者手帳	級	③ 精神障害者保健福祉手帳	級
			④ 愛の手帳			
			⑤ 特別支援学校	在籍・在籍予定	⑥ 特別支援学級(固定学級)	在籍中・在籍予定
⑦ 通級学級(サポートルーム・言語・聴覚・視覚) 利用・利用予定 ※サポートルーム以外の場合、利用する学校名を記入()小学校						
集団生活をするなかで心配なこと	有・無(健康面・身体面・アレルギー・排泄・食事・着脱衣・意思伝達・対人関係・こだわり等)					
	在籍している(していた)学校・保育園・幼稚園等にお子様の状況をお聞きしてもよろしいですか? *どちらかに○をしてください。 「はい」 ・ 「いいえ」					

3 同居の家族	同居の兄弟・祖父母など(本人・父母を除く)をご記入ください。 ※続柄は、本人(申請児童)から見た続柄をご記入ください。					
	続柄	氏名	生年月日	勤務先・学校名等	大田区学童保育 過去含む利用の有無	備考
			年 月 日		有・無	
			年 月 日		有・無	
			年 月 日		有・無	
			年 月 日		有・無	

4 学童保育料減額免除	1または2に○をしてください。2の場合は、①～⑥の該当する項目に○及び理由等をご記入ください。(複数可) *「2必要」に○をした方には、利用承認後に「学童保育料減額・免除申請書」をお渡します。					
	1	「学童保育料減額・免除申請書」は、不必要です。				
	2	「学童保育料減額・免除申請書」が、必要です。*下記の①～⑥の該当する項目に○及び理由等をご記入ください。				
		① 世帯の学童在籍児童が2人以上(名前:) (新学年: 年生)()学童保育室				
		② 生活保護受給世帯、又は里親世帯				
		③ 住民税非課税世帯				
		④ その他、特に納付が困難(理由:)				
	⑤ 上記③④に該当し、かつひとり親世帯(「児童育成手当」または「児童扶養手当」を受給していること)					
	⑥ 就学援助費受給世帯(<input type="checkbox"/> 兄弟を含め、現在就学援助費を受給 <input type="checkbox"/> 就学援助費受給申請中または申請予定)					