

令和8年度 学童保育利用申請書
(通 常 利 用)

(宛先)大田区長

申請日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

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等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 申 請 護 者 者)	住所	〒 - アパート・マンション名			電話番号(自宅固定電話)		
	フリガナ		緊急 連絡 先	1 - -	☐ 父	☐ 母	☐ その他↓
	氏名			☐ 勤務先	☐ 携帯	()	
			2 - -	☐ 父	☐ 母	☐ その他↓	
				☐ 勤務先	☐ 携帯	()	

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	
					☐ 放課後ひろば	☐ おおたっ子ひろば	
児 童	フリガナ				生年月日		
	氏名				☐ 平成	年	月 日
					☐ 令和		
	学校名	() 小学校 新 年生 (指定校変更の希望 ☐ あり ☐ なし)					
保 護 者 1	続柄	☐ 父 ☐ 母 ☐ 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					
保 護 者 2	続柄	☐ 父 ☐ 母 ☐ 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					
申 請 理 由	*いずれか該当する項目に☑をしてください。						
	その他の場合、具体的な理由を記入↓ 保護者1 ☐ 就労 ☐ 疾病 ☐ 看護・介護 ☐ 心身障がい ☐ 就学等 ☐ その他 () 保護者2 ☐ 就労 ☐ 疾病 ☐ 看護・介護 ☐ 心身障がい ☐ 就学等 ☐ その他 ()						

延長保育 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。	
	☐ 希望します。(利用開始予定 令和 年 月 から)	☐ 希望しません。

(区使用欄)	収受印(受付印)	☐ なし	過去利用 (本人)	整理番号		過去利用 (兄弟)	氏名 ()	☐ 1		
		☐ 0					整理番号	☐ 2		
		☐ 8	施設コード (3ケタ)	第1		利用承認	令和 年 月 日	☐ 利用開始 ☐ 繰上げ入所		
		☐ 13		第2						
	施設長	受付施設	学校コード		延長承認	令和 年 月 日	保留 ☐			
		送付先	区 分	☐ 郵送 ☐ 手渡し		同選(一)		☐ あり ☐ なし	同選(保)	☐ あり ☐ なし
			同選(非)					同選(単)	☐ あり ☐ なし	同選(帰)
職員	減免希望	☐ なし ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3-1 ☐ 3-2 ☐ 4-1 ☐ 4-2 ☐ 5 ☐ 6								

学 童 保 育 調 査 票

児童氏名(☐ 男 ☐ 女)

1 保護者の状況 (該当する箇所を記入)			☐ 父 ☐ その他()		☐ 母 ☐ その他()	
	☐	弟妹の保育園送迎	☐ あり ☐ なし		☐ あり ☐ なし	
		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 時 分 ~ 時 分		取得後勤務時間 時 分 ~ 時 分	
	※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。					
	☐	疾 病	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	
	☐	看 護・介 護	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 ~			
通院(所)回数 回 / ☐ 週 ☐ 月			通院(所)回数 回 / ☐ 週 ☐ 月			
☐	心身障がい	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		
☐	就学・その他(具体的に記入)					
☐	世帯の状況	☐ 死亡 ☐ 離婚 ☐ 別居 ☐ 里親		☐ 死亡 ☐ 離婚 ☐ 別居 ☐ 里親		
		☐ その他)		☐ その他)		

2 児童の状況	健 康 状 態	☐ 現在かかっている ☐ 過去かかっていた 病気がある (病名) ☐ 特になし				
	食物アレルギー	☐ なし ☐ あり → 食品名() おやつの除去食品 ☐ なし ☐ あり				
	☐ あり ☐ なし	支援の状況 該当する項目はありますか？	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 度			
			⑤ 特別支援学校 ☐ 在籍中 ☐ 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 ⇒ ☐ 利用中 ☐ 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						
☐ あり ☐ なし	集団生活をするなかで心配なこと	⑧ 通所受給者証 ☐ なし ☐ あり ※現在ご利用中の施設 ⇒ 児童発達支援施設 施設名 () 放課後等デイサービス 施設名 () (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？ ☐ 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
			年 月 日		☐ あり ☐ なし
			年 月 日		☐ あり ☐ なし
			年 月 日		☐ あり ☐ なし
			年 月 日		☐ あり ☐ なし

4 学 童 保 育 料 減 額 免 除	学童保育料減額・免除申請書「不必要」「必要」を選択☑してください。					
	「必要」な方は、該当する項目を選択☑・記入してください。 利用承認後に「学童保育料減額・免除申請書」をお渡します。					
	☐	「学童保育料減額・免除申請書」は、不必要 です。				
	☐	「学童保育料減額・免除申請書」が、必要 です。				
	↓ (該当数欄に☑)	☐ 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			
		☐ 2	生活保護受給世帯			
		☐ 3-1	住民税非課税世帯			
		☐ 3-2	住民税非課税世帯 かつ ひとり親世帯(※) (※)ひとり親世帯とは、「児童育成手当」または「児童扶養手当」を受給している場合を指します。			
		☐ 4-1	特に納付が困難な世帯 4-1、4-2の場合 特に困難な理由をご記入ください↓			
		☐ 4-2	特に納付が困難 かつ ひとり親世帯(※) ()			
☐ 5	就学援助費受給世帯 ⇒ ☐ 現在就学援助費を受給中 ☐ 就学援助費受給申請中 または 申請予定					
☐ 6	里親世帯					