

中井町学童保育所利用申請書

中井町長 殿

申込年月日	令和	年	月	日	
保護者	住所	中井町			
	氏名				
	電話番号	-	-		
下記のとおり利用の申込みをします。 (申込み理由) <input type="checkbox"/> 保護者が就労 <input type="checkbox"/> 保護者が長期疾病等 <input type="checkbox"/> その他 ()					
利用時間	開始	<input type="checkbox"/> 7:30から 【加算負担金 1,000円/年】			
		<input type="checkbox"/> 8:30から 【加算負担金 0円/年】			
	終了	<input type="checkbox"/> 18:00まで 【基本負担金 6,500円/月 (8月は10,500円)】			
		<input type="checkbox"/> 18:30まで 【基本負担金 6,500円/月 (8月は10,500円) + 加算負担金 1,000円/月】			
*月の16日以降に利用開始する場合及び15日以前に利用終了する場合、基本負担金を3,500円 (8月は5,500円) とします。 *生活保護受給世帯及び当該年度の市町村民税が非課税の世帯又は均等割のみ課税の世帯は負担金の減免を受けることができません (※別途申請が必要です)。					
利用者	ふりがな		生年月日	年 月 日生	
	氏名		性別	続柄	
	学校名等	小学校	学年	年生 担任 先生	
家族の状況	氏名	利用者からみた続柄	勤務先名・学校名等		電話番号
送迎方法	行き (1日保育日) () 帰り ()				
送迎者	1. () 続柄: () 2. () 続柄: () 3. () 続柄: ()				
利用施設名	() 学童保育	利用希望曜日	週日 (□月 / □火 / □水 / □木 / □金 / □土)		
利用期間	年 月 日 から 年 月 日まで				
利用区分	①年間利用 (学童保育開設日の全ての期間) ②年間利用 (長期休業日を除く) ③長期休業のみ利用 (長期休業日の全ての期間) ④長期休業のうち <input type="checkbox"/> 春休み(4月) <input type="checkbox"/> 夏休み <input type="checkbox"/> 冬休み <input type="checkbox"/> 春休み(3月) を利用				

緊 急 連 絡 票

児童住所	中井町	電話番号	- -
児童氏名		学年	保護者名
緊 急 の 連 絡 先			
氏 名	児童との続柄	連絡先名	電 話 番 号
		携帯または自宅勤務先 ()	- -
E-mail :			
		携帯または自宅勤務先 ()	- -
E-mail :			
		携帯または自宅勤務先 ()	- -
E-mail :			
かかり付けの 医療機関名	電話 () -		
略図(自宅から利用施設までの道順)			

連絡事項(習い事、持病他)

習い事… 平熱… °C
 持病(アレルギー) … なし ・ あり ()
 通院・相談… なし ・ あり (頻度: 服薬:)
 特別な配慮の必要性… なし ・ あり ()

学童保育の利用日程等について

学年・組 年 組

児童氏名

①保護者の勤務時間と仕事場からの所要時間

※保護者の勤務時間及び仕事場から学童保育までの所要時間、定休日等をご記入ください。

続柄	勤務時間	仕事場からの時間	定休日等
父	時 分 ~ 時 分	分程度	曜日
母	時 分 ~ 時 分	分程度	曜日

②学童保育の利用日程

※習い事・保護者のお休み等で通常利用しない曜日がある場合は×を記入し、理由等を書いてください。

曜日	×記入	利用しない理由等
月		
火		
水		
木		
金		
土		

就 労 証 明 書

利用施設名	学童保育
児童氏名	

中 井 町 長 殿

1. 就 労 者	住 所 中井町								
	氏 名								
2. 就 職 年 月 日	年 月 日								
3. 就 労 の 内 容									
4. 就 労 時 間	平日：午前 時 分～午後 時 分 土曜：午前 時 分～午後 時 分								
5. 就 労 形 態	<input type="checkbox"/> 本採用 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 内 職 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> その他 ()								
6. 最 近 3 ヶ 月 の 就 労 日 数	<table border="1"><thead><tr><th>月</th><th>日 数</th></tr></thead><tbody><tr><td>月</td><td>日</td></tr><tr><td>月</td><td>日</td></tr><tr><td>月</td><td>日</td></tr></tbody></table> <p>※産前産後休暇中、就労実績がない場合等はその旨記載ください。</p>	月	日 数	月	日	月	日	月	日
月	日 数								
月	日								
月	日								
月	日								

上記のとおり就労していることを証明します。

令和 年 月 日

事業所名

住 所

代表者名

電話番号

- -

就 労 証 明 書

利用施設名	学童保育
児童氏名	

中 井 町 長 殿

1. 就 労 者	住 所 中井町								
	氏 名								
2. 就 職 年 月 日	年 月 日								
3. 就 労 の 内 容									
4. 就 労 時 間	平日：午前 時 分～午後 時 分 土曜：午前 時 分～午後 時 分								
5. 就 労 形 態	<input type="checkbox"/> 本採用 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 内 職 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> その他 ()								
6. 最 近 3 ヶ 月 の 就 労 日 数	<table border="1"><thead><tr><th>月</th><th>日 数</th></tr></thead><tbody><tr><td>月</td><td>日</td></tr><tr><td>月</td><td>日</td></tr><tr><td>月</td><td>日</td></tr></tbody></table> <p>※産前産後休暇中、就労実績がない場合等はその旨記載ください。</p>	月	日 数	月	日	月	日	月	日
月	日 数								
月	日								
月	日								
月	日								

上記のとおり就労していることを証明します。

令和 年 月 日

事業所名

住 所

代表者名

電話番号

- -

中井町学童保育所利用申請書



中井町長 殿

申込年月日		令和 年 〇〇 月 〇〇 日			
保護者	住所	中井町 比奈窪56番地			
	氏名	中 井 太 郎			
	電話番号	0465 - 81 - 5548			
下記のとおり利用の申込みをします。 (申込み理由) <input checked="" type="checkbox"/> 保護者が就労 <input type="checkbox"/> 保護者が長期疾病等 <input type="checkbox"/> その他 ()					
利用時間	開始	<input type="checkbox"/> 7:30から 【加算負担金 1,000円/年】			
		<input checked="" type="checkbox"/> 8:30から 【加算負担金 0円/年】			
	終了	<input checked="" type="checkbox"/> 18:00まで 【基本負担金 6,500円/月 (8月は10,500円)】			
		<input type="checkbox"/> 18:30まで 【基本負担金 6,500円/月 (8月は10,500円) + 加算負担金 1,000円/月】			
*月の16日以降に利用開始する場合及び15日以前に利用終了する場合、基本負担金を3,500円 (8月は5,500円) とします。 *生活保護受給世帯及び当該年度の市町村民税が非課税の世帯又は均等割のみ課税の世帯は負担金の減免を受けることができます (※別途申請が必要です)。					
利用者	ふりがな	なかい はなこ		生年月日	平成 28 年 〇 月 〇〇 日生
	氏名	中井 花子		性別	女
	学校名等	中村 小学校	学年	1 年生	担任
家族の状況	氏名	利用者からみた続柄	勤務先名・学校名等	電話番号	
	中井 太郎	父	〇〇 商事	0465-81-□□××	
	中井 良子	母	コンビニエンスストア〇〇 (パート)	0465-81-〇〇××	
	中井 一郎	弟	〇〇 保育園 (年長組)	-	
送迎方法 行き (1日保育日) (車) 帰り (車)					
送迎者 1. (中井 良子 続柄: 母) 2. (中井 太郎 続柄: 父) 3. (中井 ウメ 続柄: 祖母)					
利用施設名		(中村) 学童保育	利用希望曜日	週 4 日 (<input checked="" type="checkbox"/> 月 / <input type="checkbox"/> 火 / <input checked="" type="checkbox"/> 水 / <input checked="" type="checkbox"/> 木 / <input checked="" type="checkbox"/> 金 / <input type="checkbox"/> 土)	
利用期間 令和 5 年 〇 月 〇 日 から 令和 6 年 3 月 31 日 まで					
利用区分	<input checked="" type="checkbox"/> ①年間利用 (学童保育開設日の全ての期間)				
	<input type="checkbox"/> ②年間利用 (長期休業日を除く)				
	<input type="checkbox"/> ③長期休業のみ利用 (長期休業日の全ての期間)				
	<input type="checkbox"/> ④長期休業のうち <input type="checkbox"/> 春休み(4月) <input type="checkbox"/> 夏休み <input type="checkbox"/> 冬休み <input type="checkbox"/> 春休み(3月) を利用				

利用区分にチェックをしてください。

利用する年度の学年・家族の状況を記入してください。

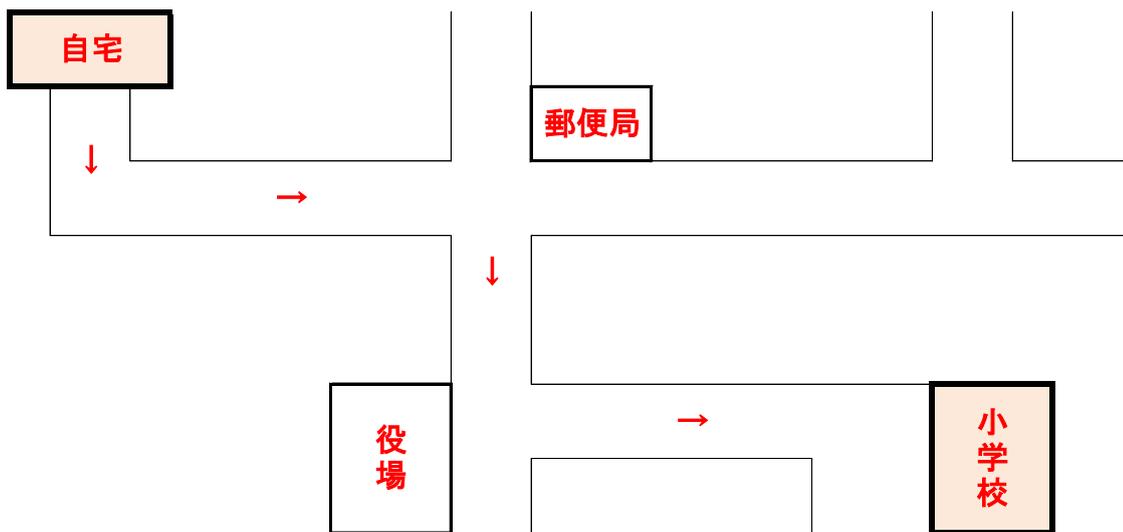
利用期間について、1年ごとに申請のため、最大で同年度の3月31日までです。利用区分①～④のうちひとつにマルをしてください。

記入例

緊急連絡票

児童住所	中井町比奈窪56番地		電話番号	0465 - 81 - 5548	
児童氏名	中井花子	学年	1年	保護者名	中井太郎
緊急の連絡先		緊急時等にE-mailをします。			
氏名	児童との続柄	連絡先名	電話番号		
中井良子	母	携帯または自宅 勤務先(△△マート)	080 - +++ - +++ 0463 - ** - ****		
E-mail:		yoshiko-n@i.softbank.jp			
井ノ口次郎	祖父	携帯または自宅 勤務先(〇〇マート)	090 - +++ - **** 0465 - *** - ****		
E-mail:		携帯や勤務先等、複数記入をお願いします。			
中井太郎	父	携帯または自宅 勤務先(〇〇商事株式会社)	090 - +++ - **** 0463 - *** - ****		
E-mail:		taro-n@docomo.ne.jp			
かかり付けの 医療機関名	〇〇診療所(中井町比奈窪〇〇-〇〇) 電話(0465) ** - ****				

略図(自宅から利用施設までの道順)



※持病や保育にあたり伝えておきたいことがある場合、必ずこちらに記入してください。

連絡事項(習い事、持病他)

習い事... 習字 平熱... 36.1℃

持病(アレルギー)... なし・あり(ぜんそく、卵アレルギー)

通院・相談... なし・あり(頻度: 1、2回/月 服薬: なし)

特別な配慮の必要性... なし・あり(言葉の発達に心配がある)

学童保育の利用日程等について

記入例

学年・組 1 年 0 組

児童氏名 中井花子

①保護者の勤務時間と仕事場からの所要時間

※保護者の勤務時間及び仕事場から学童保育までの所要時間、定休日等をご記入ください。

続柄	勤務時間	仕事場からの時間	定休日等
父	8時00分～17時30分	30分程度	日曜日
母	9時30分～16時00分	10分程度	土・日曜日 祝日

利用しない日に×を付け、利用しない理由を記入してください。

②学童保育の利用日程

※習い事・保護者のお休み等で通常利用しない曜日がある場合は×を記入し、理由等を書いてください。

曜日	×記入	利用しない理由等
月		
火	×	習字へ通うため
水		
木		
金		
土	×	母の仕事が休みのため

就 労 証 明 書

**記
入
例**

保護者全員分ご用意ください。
きょうだいで利用する場合は、
2人目以降は写しで構いません。

利用施設名	中村 学童保育
児童氏名	中 井 花 子

1. 就 労 者 住 所 **中井町比奈窪56番地**

氏 名 **中井太郎**

2. 就 職 年 月 日 昭和 **63** 年 **4** 月 **1** 日

3. 就 労 の 内 容 **一般事務処理**

4. 就 労 時 間 平日：午前 **8** 時 **00** 分～午後 **5** 時 **30** 分
土曜：午前 時 分～午後 時 分

5. 就 労 形 態 本採用 パート 内 職 自営業
 その他 ()

6. 最 近 3 ヶ 月 の 就 労 日 数

月	日 数
** 月	24 日
** 月	23 日
** 月	24 日

※産前産後休暇中、就労実績がない場合等はその旨記載ください。

就労内定の方は、就労年月日から3か月間の予定就労日数を記入してもらってください。

就労先で記入していただき、社印を押印してもらってください。自営業等の方は事業主の方の印を押してください。

令和 ****** 年 ****** 月 ****** 日

事業所名 **〇〇商事株式会社**

住 所 **〇〇市△×町**番*号**

代表者名 **〇〇××〇**

電話番号 ***** - *** - ******