

学童保育所入所申請書（新規・継続）

申込日 年 月 日

株式会社アンジェリカ 殿

住所 〒185- 国分寺市

(マンション名もご記入ください)

ふりがな
保護者氏名

電話番号 携帯電話(父・母)

学童保育所への入所を下記のとおり申し出ます。

ふりがな			男・女	生年月日	年	月	日
児童氏名							
同居の家族	氏名 (入所児童を除く)	児童との続柄	生年月日		職業・学校 (学年)		
			. .				
			. .				
			. .				
			. .				
			. .				
入所希望学童	colors 西元町学童保育所		入所希望年月日	年	月	日	通年保育・ 三季休業保育
			現在の通園先・通学先				
			入学又は進級予定校		年・学級		
地図 (自宅から学童保育所までの道順を記入してください。)			父	勤務先の名称			
				勤務先の所在地			
				電話	内線		
			母	勤務先の名称			
				勤務先の所在地			
				電話	内線		
備考							

1. 健康状態(既往症・持病など)について

<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 気になることがある	具体的に：

2. 食物アレルギーについて

<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	具体的に：

3. お子さんの心身の状況について

言語	<input type="checkbox"/> 普通に話せる <input type="checkbox"/> 話すことに自信がない <input type="checkbox"/> 言いたいことをどう表現したらいいかわからない <input type="checkbox"/> 単語の羅列で表現する <input type="checkbox"/> 単語と身振りを組み合わせて表現する <input type="checkbox"/> 思いついたまま話を続け内容がまとまらない
視覚	<input type="checkbox"/> 物を見るのに支障がない <input type="checkbox"/> 物を見るのに支障がある ()
聴覚	<input type="checkbox"/> 耳の聞こえに支障がない <input type="checkbox"/> 耳の聞こえに支障がある ()
遊び	<input type="checkbox"/> 誰とでも遊ぶ <input type="checkbox"/> 友達と遊ぶが取り残されがち <input type="checkbox"/> 親・きょうだいとしか遊ばない <input type="checkbox"/> ひとり遊びが多い <input type="checkbox"/> 同じ事の繰り返しをする <input type="checkbox"/> 落ち着きがなくなるとえず動き回る <input type="checkbox"/> ルールや順番が守れない
食事	<input type="checkbox"/> 箸を使って一人で食べられる <input type="checkbox"/> スプーンを使えば食べられる <input type="checkbox"/> 自分で食べられない
着脱	<input type="checkbox"/> 全て自分でできる <input type="checkbox"/> 簡単なものは自分でできる <input type="checkbox"/> 自分でできない
排泄	<input type="checkbox"/> 全て自分でできる <input type="checkbox"/> 自分でできるが助けが必要な時もある <input type="checkbox"/> 自分でできないが知らせる <input type="checkbox"/> 自分でできず、知らせることもできない
その他	<input type="checkbox"/> 現在通っている施設においてクラス担任以外に介護者がついていない <input type="checkbox"/> 現在通っている施設においてクラス担任以外に介護者がついている

4. 療育について (お子さんの病気やことば、発達について相談している専門機関や病院があるか)

<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	例：こどもの発達センターつくしんぼ・〇〇病院 など

5. 障害について

・障害児枠で入所	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> どちらでもいい
・お子さんの様子	<input type="checkbox"/> 心身ともに不自由はない <input type="checkbox"/> 四肢に不自由がある <input type="checkbox"/> 自閉傾向がある <input type="checkbox"/> 内科的障害がある <input type="checkbox"/> その他 (具体的に：)
・身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 持っていない <input type="checkbox"/> 持っている 級
・愛の手帳	<input type="checkbox"/> 持っていない <input type="checkbox"/> 持っている 度
・精神障害者保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> 持っていない <input type="checkbox"/> 持っている 級

6. ひとり親家庭について

税法上、寡婦 (寡夫) 控除の適用を	<input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受けていない
--------------------	--