

第1号様式（第8条関係）

金武町放課後児童健全育成事業利用登録申請書

年 月 日

金武町放課後児童健全育成事業

学童 代表者 殿

申請者(保護者)

住 所：金武町字

番地

氏 名：

印

金武町放課後児童健全育成事業(以下「学童」という)を利用したいので申請します。

対象者	住所					
	氏名	ふりがな	性別	生 年 月 日		
			男・女	年 月 日(歳)		
	小学校	金武小 ・ 中川小 ・ 嘉芸小 ・ ()				学年
緊急 連絡先	①氏名： 続柄 () (自宅：携帯)：					
	②氏名： 続柄 () (自宅：携帯)：					
家族構成 (全員記入)	氏名	続柄	年齢	職業	備考	
情報提供 への同意	私は、本学童の利用申請にあたり、利用児童の安全面に適切な対応ができるよう本学童が、利用児童の在籍する小学校、卒園した施設に対し利用児童への指導、支援等(成績を除く)の状況や内容について、情報提供を求めることに同意します。 同意者氏名： _____ 印					
添付書類	1. 誓約書 ☐ 2. 就労証明書 ☐					

誓 約 書

金武町放課後健全育成事業を利用するにあたり、次の事項を守ることを誓約いたします。

- 1 利用中に発生した不慮の事故については、利用者の側において全ての責任を負います。
- 2 利用する際には、諸規則を守り指示に従います。

令和 年 月 日

学童代表者 殿

利用者 氏名

保護者 氏名

印

住 所 金武町字

番地

令和8年度 児童調査票

適切な支援、支援員配置（環境整備）のため、学童を利用するお子さんの健康状態等についての記入をお願いします。

児 童	フリガナ 氏名			住所					
	生 年 月 日	平成	年		月	日 (歳)			
	※緊急連絡先 (常に連絡可能な電話番号)			氏 名	続柄	電話番号			
			①						
			②						
③									
支 援 の 有 無	手帳の 有 無	・有 ・無 (・身体障害者手帳 ・療育手帳)							
	身 体	身体面で医 療や支援が 必要な状況 〔 有 〕 〔 無 〕	診断名 () 学童での内服薬(・有 ・無) 必要な支援内容						
	発 達	発達面で配 慮が必要な 状況 〔 有 〕 〔 無 〕	診断の有無 〔 有 〕 〔 無 〕	診断名 () 必要な支援内容 学童での内服薬(・有 ・無)					
				福祉 サービスの 利用 〔 有 〕 〔 無 〕	利用施設名 () サービス内容				
				学校にお ける支援	支援学級の利用 (・有 ・無) 通級学級の利用 (・有 ・無)				
	そ 他	アレルギー など配慮が 必要な状況 〔 有 〕 〔 無 〕	アレルギー 〔 有 〕 〔 無 〕	アレルギーの種類 緊急内服薬(・有 ・無)					
				その他					
習 い 事 等	塾、 部活等 (学童 以外)	曜日	月	火	水	木	金	土	
		内容							
		開始時間							
		終了時間							
		学童利用 (有無)	(有 ・ 無)	(有 ・ 無)	(有 ・ 無)	(有 ・ 無)	(有 ・ 無)	(有 ・ 無)	

児童調査票 記入内容

氏名	さん たろう		住所	金武町字金武1番地 金武アパート1号室					
	金武 太郎								
	生年月日	平成20年1月1日 (12歳)							
※1 緊急連絡先 (常に連絡可能な電話番号)				氏名		続柄	電話番号		
			①	保護者以外も含め 常に連絡の取れる方					
			②						
			③						
手帳の有無	・有 ・無 (・身体障害者手帳 ・療育手帳) 有無の選択 有で詳細選択								
身体	身体面で医療や支援が必要な状況 (有 無)	診断名 () 学童での内服薬(・有 ・無) 必要な支援内容 左記で有無の選択。有で診断名や内服薬記載 (診断名が無くても配慮事項がある場合は、必要な支援内容のみ記載)							
	発達 (有 無) 有は、右記載へ、無で下へ	診断の有無 (有 無) 有で右斜上段へ。 無でも配慮必要事項があれば右 覧記載	診断名 () 学童での内服薬(・有 ・無) 必要な支援内容 左記載で有無の選択 有で診断名や内服薬記載 (診断名が無くても配慮事項がある場合は、必要な支援内容のみ記載)						
			福祉サービスの利用 (有 無)	利用施設名() サービス内容 左でありの場合、記載。無で次へ。					
			学校における支援	支援学級の利用 (・有 ・無) 利用について 通級学級の利用 (・有 ・無) 有無の選択					
その他	アレルギーなど配慮が必要な状況 (有 無)	アレルギー (有 無)	アレルギーの種類 緊急内服薬(・有 ・無) アレルギーの種類記載。内服薬がある場合、利用児童による内服薬の管理方法を記載。						
		その他 トイレの介助、人見知り等							
習い事等	曜日	月	火	水	木	金	土		
	内容	習い事等の名称または、その内容							
	終了時間	習い事等の終了時間							
	学童利用 (有無 開始時間)	その曜日における学童利用の有無を選択し、 有の場合に学童利用予定時間を記載							

就労証明書

宛

証明日	西暦	年	月	日
事業所名				
代表者名				
所在地				
電話番号	— —			
担当者名				
記載者連絡先	— —			

下記の内容について、事実であることを証明いたします。

※本証明書の内容について、就労先事業者等に無断で作成し又は改変を行ったときには、刑法上の罪に問われる場合があります。

No.	項目	記載欄
1	業種	☐ 農業・林業 ☐ 漁業 ☐ 鉱業・採石業・砂利採取業 ☐ 建設業 ☐ 製造業 ☐ 電気・ガス・熱供給・水道業 ☐ 情報通信業 ☐ 運輸業・郵便業 ☐ 卸売業・小売業 ☐ 金融業・保険業 ☐ 不動産業・物品賃貸業 ☐ 学術研究・専門・技術サービス ☐ 宿泊業・飲食サービス業 ☐ 生活関連サービス業・娯楽業 ☐ 医療・福祉 ☐ 教育・学習支援業 ☐ 複合サービス事業 ☐ 公務 ☐ その他()
2	フリガナ	
	本人氏名	生年月日 年 月 日
3	雇用(予定)期間等	☐ 無期 ☐ 有期 期間 (無期の場合は雇用開始日のみ) 年 月 日 ~ 年 月 日
4	本人就労先事業所	名称 住所
5	雇用の形態	☐ 正社員 ☐ パート・アルバイト ☐ 派遣社員 ☐ 契約社員 ☐ 会計年度任用職員 ☐ 非常勤・臨時職員 ☐ 役員 ☐ 自営業主 ☐ 自営業専従者 ☐ 家族従業者 ☐ 内職 ☐ 業務委託 ☐ その他()
6	就労時間 (固定就労の場合)	月 火 水 木 金 土 日 祝日 合計時間 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 月間 時間 分 (うち休憩時間 分) 一月当たりの就労日数 月間 日 一週当たりの就労日数 週間 日 平日 時 分 ~ 時 分 (うち休憩時間 分) 土曜 時 分 ~ 時 分 (うち休憩時間 分) 日祝 時 分 ~ 時 分 (うち休憩時間 分)
	就労時間 (変則就労の場合)	合計時間 ☐ 月間 ☐ 週間 時間 分 (うち休憩時間 分) 就労日数 ☐ 月間 ☐ 週間 日 主な就労時間帯・シフト時間帯 時 分 ~ 時 分 (うち休憩時間 分)
7	就労実績 ※日数に有給休暇を含み、 時間数に休憩・残業時間を含む	年月 年 月 年月 年 月 年月 年 月 日/月 時間/月 日/月 時間/月 日/月 時間/月
8	産前・産後休業の取得 ※取得予定を含む	☐ 取得予定 ☐ 取得中 期間 年 月 日 ~ 年 月 日
9	育児休業の取得 ※取得予定を含む	☐ 取得予定 ☐ 取得中 ☐ 取得済み 期間 年 月 日 ~ 年 月 日
10	産休・育休以外の休業の 取得	☐ 取得予定 ☐ 取得中 ☐ 取得済み 理由 ☐ 介護休業 ☐ 病休 ☐ その他() 期間 年 月 日 ~ 年 月 日
11	復職(予定)年月日	☐ 復職予定 ☐ 復職済み 年 月 日
12	育児のための短時間 勤務制度利用有無 ※取得予定を含む	☐ 取得予定 ☐ 取得中 期間 年 月 日 ~ 年 月 日 主な就労時間帯・シフト時間帯 時 分 ~ 時 分 (うち休憩時間 分)
13	保育士等としての勤務実 態の有無	☐ 有 ☐ 有(予定) ☐ 無
14	(雇用契約)満了後の 更新の有無	☐ 有 ☐ 有(予定) ☐ 無 ☐ 未定
15	入所内定時育休短縮可否	☐ 可 ☐ 可(予定) ☐ 否
16	育休延長可否	☐ 可 ☐ 可(予定) ☐ 否
17	単身赴任期間(予定含む)	年 月 日 ~ 年 月 日
18	備考欄	
19	保護者記載欄	児童名 生年月日 施設名 ☐ 利用中 ☐ 申込中(第一希望) 児童名 生年月日 施設名 ☐ 利用中 ☐ 申込中(第一希望) 児童名 生年月日 施設名 ☐ 利用中 ☐ 申込中(第一希望)

就労証明書に関する同意書

*新年度（令和８年度）に町内保育施設を利用する世帯のみ

金武町放課後児童健全育成事業に関する就労確認のために必要があるときは、私及び世帯員の就労状況について、こども支援課が保有する勤務証明書等の写しを、利用している学童に提供することに同意します。

保護者氏名	勤務証明書等 提出先
	☐ 保育園入園申込 保 育 園 名 :) 申込児童名 :)
	☐ その他 ()

学童名 ()

利用児童名	生年月日			
	平成	年	月	日
	平成	年	月	日
	平成	年	月	日

令和 年 月 日

住所：金武町字

氏名： _____ 印 _____

金武町長 殿

看護（介護）事実の証明書

令和 年 月 日

看護をする人	住 所		
	氏 名	印	
	看護を必要とする人との続柄		

金武町放課後児童健全育成事業の申請に必要があるので、私が下記の者を看護（または介護）していることを証明願います。

記

看護を必要とする人	氏 名			生年月日	年 月 日	
	看護をする人との居住状況		同 居 ・ 別 居 → 下の欄へ住所記入			
	住 所				連 絡 先	
看護をしている場所					連 絡 先	
看護の状況	病名または障害名					
	看護を始めた日		年 月 日から			
	看護している時間	時 分 ～ 時 分		看護時間及び日数	一日 時間	
		時 分 ～ 時 分			一ヶ月 日	
	病 院 へ の 通 院		あり（月 回 ・ 週 回程度） ・ なし			
	デイサービスの利用		あり（月 回 ・ 週 回程度） ・ なし			
	主にどのようなことをしていますか？			看護をしている場所の見取り図		

上記申立てのとおり相違ありません。

令和 年 月 日

民生委員 住 所 金武町字
氏 名

印

看護（介護）事実の証明書

令和〇〇年〇月〇日

看護をする人	住 所	金武町字金武 1 番地	
	氏 名	金武 太郎	印
	看護を必要とする人との続柄		子

金武町放課後児童健全育成事業の申請に必要があるので、私が下記の者を看護（または介護）していることを証明願います。

記

看護を必要とする人	氏 名	金武 花江		生年月日	昭和 16 年 1 月 1 日	
	看護をする人との居住状況		同居	別 居 → 下の欄へ住所記入		
	住 所	金武町字金武 1 番地		連 絡 先	098-968-1111	
看護をしている場所		自 宅		連 絡 先		
看護の状況	病名または障害名					
	看護を始めた日		平成 30 年 4 月 1 日から			
	看護している時間	6 時 00 分 ~ 12 時 00 分		看護時間及び日数	一日 15 時間	
		13 時 00 分 ~ 22 時 00 分			一ヶ月 31 日	
	病 院 へ の 通 院		あり (月 1 回 ・ 週 回程度)		なし	
	デイサービスの利用		あり (月 4 回 ・ 週 回程度)		なし	
主にどのようなことをしていますか？ 食事の介助 お風呂の介助 病院への通院			看護をしている場所の見取り図 分かりやすく記入して下さい			

上記申立てのとおり相違ありません。

令和 年 月 日

民生委員 住 所 金武町字
氏 名

民生委員の方に記入してもらおう

印

第3号様式(第8条関係)

診 断 書

住	所
氏	名
生	年　月　日
胸　部 X 線 所 見	
検　　　尿	1　蛋　　　　　白() 2　　　　　糖 () 3　ウロビリノーゲン()
伝染性皮膚疾患	
そ の 他 疾 病 及 び 疾 患	
上記のとおり診断します。 年 月 日 医師氏名 印	

金武町放課後児童健全育成事業 保育料等負担減免申請書

令和 年 月 日

金武町長 殿

住所
保護者名
児童との関係

次のとおり保育料等を減免くださいますよう関係書類を添えて申請します。

記

減免対象児童氏名		
減免の期間	令和 年 月分から令和 年 月分まで	
減免の額	月額保育料 3,000円× ヶ月× 名＝ おやつ代 500円× ヶ月× 名＝	
減免の理由	非課税世帯 生活保護世帯 ひとり親世帯 その他	
添付書類	住民票謄本・世帯人数分の非課税証明書	
	上記の添付書類についての確認を金武町役場職員が行うことに同意しますか。 ※同意の方は書類の提出は不要になります。	有 無