

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

地区学童 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	<p>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。</p> <p style="text-align: right;">同意者氏名： _____ 印</p>				
添付書類	<p>1. 誓約書 <input type="checkbox"/> 2. 就労証明書 <input type="checkbox"/></p>				

第2号様式（第8条関係）

## 誓約書

地区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

地区学童代表者      殿

利用者 氏名

保護者 氏名

印

住 所 金武町字

番地

令和6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 ( ) 必要な支援内容		学童での内服薬( ・有 ・無 )				
	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 )				
		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 )	( 有 ・ 無 )

児童調査票 記入内容

	氏名	きん 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						
支援の有無	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( ) 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)	学童での内服薬(・有 ・無 )				
	発達	発達面で配慮が必要な状況 (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 ( ) 必要な支援内容  学童での内服薬(・有 ・無 )  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**  
(金武町放課後児童健全育成事業)

1. 勤務証明書                      2. 農林漁業等証明書                      3. 自営業及び内職等

上記該当する項目に○を記入して下さい

保護者名		児童名	①	(男・女)
			②	(男・女)
			③	(男・女)
住所	金武町字	児童の 生年月日	①	平成    年    月    日 (    歳)
			②	平成    年    月    日 (    歳)
			③	平成    年    月    日 (    歳)
就職年月日	年    月    日	雇用種別	1. 常勤    2. 非常勤 (臨時・パート) 3. 嘱託    4. その他 (                      )	
勤務先名称		勤務時間	午前    時    分 ~ 午後    時    分	
			午前    時    分 ~ 午後    時    分	
			午前    時    分 ~ 午後    時    分	
勤務日数	平均    日/月    または週    日制	( 月 火 水 木 金 土 日 )		
通勤方法	自家用車 ・ バス ・ 徒歩 ・ その他	通勤時間 (片道)	時間	分
<u>1. 就労証明書の方 (勤務先で記入)</u>		<u>2. 農林漁業等又は3. 自営業及び内職者等の方</u>		
上記のとおり勤務している。		上記のとおり相違ないことを証明します。		
令和    年    月    日		令和    年    月    日		
事業所名		下記のうちどちらか該当する方へ証明させて下さい。		
所在地		事業所名		
電話番号		_____ 印		
代表者名 _____ 印		電話番号		
※証明者へのお願い		組合長 _____ 印		
この証明書は、働いている方が金武町放課後児童健全育成事業の申し込みをする場合の添付書類です。各項目のうち該当するところに記入して下さい。		民生委員		
書類提出後、就労確認する場合がありますのでご協力願います。		氏名 _____ 印		

## 就労証明書に関する同意書

\*新年度（令和6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
	<input type="checkbox"/> 保育園入園申込 （ 保育園名： 申込児童名： ）
	<input type="checkbox"/> その他（ ）

学童名（ 地区学童）

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			
<u>主にどのようなことをしていますか？</u>			<u>看護をしている場所の見取り図</u>			

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？		看護をしている場所の見取り図		
食事の介助 お風呂の介助 病院への通院		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	
<p>上記のとおり診断します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">医師氏名 印</p>	

様式第1号(第4条関係)

## 金武町放課後児童健全育成事業 保育料負担減免申請書

令和 年 月 日

金武町長 殿

住所

保護者名

印

児童との関係

次のとおり保育料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＝	
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