

千葉市放課後児童健全育成事業利用申込書

年 月 日

(あて先) 千葉市長

※こちらにご記入いただいた方を子どもルーム利用登録上の保護者とさせていただきます。

受付印		(〒 - -)	
保護者	住 所	該当者チェック欄 <input type="checkbox"/> 2024. 1. 1時点千葉市外に居住 ↳マイナンバー申告書の提出が必要です。	
		↓上記住所と利用承認通知等の送付先(住民票住所)が異なる場合はチェックをしてください <input type="checkbox"/> 転居予定 <input type="checkbox"/> 住民票の住まいの住所が異なる ※裏面備考欄に希望送付先を記入してください	
	フリガナ	連絡先電話番号 (日中連絡のつく番号を一番上に記入してください)	
	氏 名	1 (<small>続柄 携帯・自宅・その他</small>) 2 (<small>続柄 携帯・自宅・その他</small>) 3 (<small>続柄 携帯・自宅・その他</small>)	
裏面記載		□ 有 <input type="checkbox"/> 無	□ 有 <input type="checkbox"/> 申請中
要領別表第2該当		□ 有 <input type="checkbox"/> 無	連絡先電子メールアドレス (PC・携帯・その他())

1 子どもルームの利用について、次のとおり申し込みます。

↓ 希望する子どもルームの施設番号を必ずご記入ください。

フリガナ	利用開始希望年月	2025 年 月 (※入所月は休所できません)	
児童氏名	希望順位	施設番号	希望ルーム名 ※必要に応じて第2希望以下記入
	第1希望		子どもルーム
	第2希望		子どもルーム
生年月日 (西暦)	年 月 日	第3希望	子どもルーム
通学(予定)小学校名・学年	小学校	(不承認の場合) 審査の希望	利用開始希望月の翌月以降の審査を <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない ※第2希望以下に承認された場合、以降の審査を行いません。
		(不承認の場合) 斡旋の希望	第1希望と同じ学区内で定員に満たない子どもルームがある場合に斡旋を <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
延長時間の申込み	延長時間を利用しますか	<input type="checkbox"/> 延長時間を利用しない <input type="checkbox"/> 延長時間を利用する	※保護者などのお迎えが必要です
兄弟姉妹で同時に申込みをしている場合	兄弟姉妹の氏名 () 兄弟姉妹の申込先 ()		
	時期	全員同時期に入所できる場合のみ入所する <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ※ 1人でも入所を希望する場合は、「いいえ」を選択してください。 ※ 「はい」を選択した場合、全員同時期に入所できるまで兄弟姉妹全員が不承認となります。	
	ルーム	① 全員が同じルームに入所できなければ、全員入所しない ※同時申込の兄弟姉妹に内定が出るまで、全員が不承認になります。 ② 希望順位が下位でも、兄弟姉妹と同じルームへ入所することを優先する ③ それぞれ希望順位どおりの審査を希望する(別々のルームでもよい) ※ 施設番号ごとにルームは異なります。	①～③の番号を記入↓
近隣に高学年ルームがある 新3年生のみ	希望ルームに空きがなかった場合、高学年ルームの利用を希望しますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 上記がはいの場合、高学年ルームでも審査を行います。その場合の高学年ルームの希望順位: 第 希望 ※第1希望にはできません。		
保護者が育児休業取得(予定)の方のみ	保育所やルーム利用内定次第、育児休業を切り上げて復帰しますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		

2 家族状況について

保護者及び児童と、同居している方全員ご記入ください。(保護者が単身赴任等の場合はその旨を勤務先欄にご記入ください。)

フリガナ 氏 名	申込児童から 見た続柄	生年月日 (西暦)	勤務先 (学校名)
代表保護者(申込書上部に記載した保護者)		年 月 日	(勤務先・学校名等) (通勤時間) 自宅から勤務先等まで 時間 分(片道) /交通手段
保護者		年 月 日	(勤務先・学校名等) (通勤時間) 自宅から勤務先等まで 時間 分(片道) /交通手段
		年 月 日	(勤務先・学校名等)
		年 月 日	(勤務先・学校名等)
		年 月 日	(勤務先・学校名等)
		年 月 日	(勤務先・学校名等)

◎記入漏れがないかご確認の上、裏面へお進みください。

裏面へ⇒

健 康・生 活 状 態 申 告 欄

(希望するルーム:

児童氏名:

)

記入日: 年 月 日

記入者氏名:

児童を安全にお預かりするために参考とさせていただきますので、必ずご記入ください。

※ご記入いただいた内容は、運営委託事業者及び各子どもルームへ情報提供いたします。心身の障害等で、特別な支援・配慮が

必要な児童のご利用に際しては、利用開始後の児童の生活や職員のサポートについてご相談するための事前面談を実施します。

※ご記入いただいた内容で、子どもルームの審査に不利となることはございません。

1 利用を希望される児童についてお答えください。

(1) 食事、排便、着脱衣、身辺整理等を自力で行うことができますか。

※介助を必要とする場合、必要な項目を選択の上、介助の詳細をカッコ内にご記入ください。

(できる・介助が必要〔食事・排便・着脱衣・身辺整理・その他〕)

介助の内容()

(2) 介助を求める事なく、集団生活を送ることができますか。

(できる・部分的に介助〔 〕・全て介助)

(3) ①慢性疾患をお持ちですか。※「はい」の場合は、②もお答えください。

(いいえ・はい〔疾患名: 〕)

②小児慢性特定疾患の認定を受けていますか。※認定を受けている場合は、受給者番号が分かるものの写しを提出してください。

(いいえ・はい〔受給者番号: 〕)

(4) ①食物アレルギーはありますか。※「はい」の場合は、②もお答えください。

(いいえ・はい〔原因食物: 〕)

②アドレナリン自己注射薬(「エピペン®」)の処方を受けていますか。

(いいえ・はい)

(5) 子どもルーム以外の施設(民間療育センターなど)への通所(予定)はありますか。

(いいえ・はい〔施設名: 〕)

(6) 身体障害者手帳または精神障害者保健福祉手帳、療育手帳をお持ちですか。※手帳の写しを提出してください。

(いいえ・はい 身体障害者手帳〔 級〕、精神障害者保健福祉手帳〔 級〕、療育手帳〔程度 〕)

(7) 発達障害等の診断を受けたことがありますか。※「はい」の場合は、医師の診断書を提出してください。

(いいえ・はい 診断名〔 〕 診断機関〔 〕)

診断日(西暦)〔 年 月 日〕

※ 心身に障害等がある児童については、(8)、(9)にお答えください。

(8) 小学校から子どもルームへの移動に介助が必要ですか。

(必要ない・必要〔 〕)

※ 子どもルームの職員によるお迎えは、児童の状況等を勘案し、実施可能かどうか判断します。

必ずしも実施できるものではありません。

(9) 医療行為(経管栄養やたんの吸引等)が必要ですか。

(いいえ・はい〔 〕)

※ 子どもルームの職員は医療行為を行えません。

※ 子どもルームで生活をする上で支障がある場合は、受け入れが出来ない場合もございます。

また、お子様を安全に受け入れる体制が整うまで、ご利用をお待ちいただく場合もございますのでご了承ください。

2 健康面や生活面で気になること、あらかじめ伝えておきたいことなどがありましたら、ご記入ください。

[]

備考欄(表面記載住所と利用承認通知等の送付先(住民票住所)が異なる時は必ず記入してください。)

〒 _____ - _____

千葉市 _____ 区 _____

に、

(_____ 月 _____ 日 頃転居予定・現在居住中〔住民票と住まいの住所が異なる〕) のため、

利用承認通知等の発送は、(転居前の住所〔表面〕・転居先〔上記〕・住民票と異なる住所・住民票住所)

を希望する。※利用承認通知等の発送は各月の申込期限後10日程度で、各区こども家庭課から発送します。

この利用申込書は、利用を希望するルームのある区の保健福祉センターこども家庭課受付窓口に提出してください。

また、子どもルームの利用等の決定に必要な『児童及び児童の属する世帯の住民登録関係情報』については、

住民基本台帳法及び千葉市個人情報保護条例の規定に基づき、市役所内関係機関に調査、照会させていただきます。

千葉市使用欄	就労、所得、他()	備考	
	就労、所得、他()		
	就労、所得、他()		