

| | | |
|--------|-------|--|
| 千葉市使用欄 | 受理番号: | 受付方法: 窓口・郵送・電子 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|--------|-------|--|

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 | (〒 -) | | | |
| 千葉市使用欄 | | | 住所 | 該当者チェック欄 <input type="checkbox"/> 2025. 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 (田中連絡のつく番号を一番上に記入してください) | | | |
| 受付日 | / | | 氏名 | 1 (続柄 携帯・自宅・その他) | | |
| 宛名番号 | | | | 2 (続柄 携帯・自宅・その他) | | |
| 裏面記載 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | 生活保護法の適用 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 申請中 | 3 (続柄 携帯・自宅・その他) | |
| 要領別表第2該当 | <input type="checkbox"/> 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、パンフレット「子どもルームのご案内」を読み、内容について理解した上で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 | | 年 月 (※入所月は休所できません) ※夏季休業期間限定枠のみに申し込む場合は「7月」と記載してください。 |
| 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 |
| | 第3希望 | | 子どもルーム |
| | 第4希望 | | 子どもルーム |
| 生年月日 (西暦) | 年 月 日 | 第5希望 | 子どもルーム |
| 通学(予定)小学校名・学年 | 小学校 年生 | 第6希望 | 子どもルーム |
| 延長時間利用の希望について | | | |
| <input type="checkbox"/> | 延長時間を利用しない | | (不承認の場合) 延長時間の希望 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、以降の審査は行いません。 |
| <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 | | (不承認の場合) 延長時間を利用する 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 |
| 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 | ① 全員同時期に同じルームに入れなければ、入所しない。 ※ 全員同じ月に同じルームに入所できなければ、兄弟姉妹全員が不承認となります。 | ①～③の番号を記入↓ |
| | ルーム | ② 別々のルームでもよいが、同時期でなければ入所しない。 ※ 全員同じ月に入所できなければ、兄弟姉妹全員が不承認となります。 ③ 一人でも入所できれば、入所する。 ① 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 ② 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。 | ①～②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 (その際、「希望ルーム名」欄中に高学年ルームの記載がない場合は、高学年ルームは希望順位最下位として審査を行います)。 | | |
| 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) |
| 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) |
| | | 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⇒

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) 介助を求めることなく、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、②③もお答えください。
 (いいえ ・ はい [原因食物：])
 ②ルーム内でのアレルギーに係る対応について、おやつ等を提供するお皿の色を他の児童と変える等の誤食防止対応以外に必要な対応がある場合は、希望する内容を記入してください。 ※ご要望の対応ができかねる場合もあります。

[]

- ③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いません。
 ※ 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。)

〒 _____
 千葉県 _____ 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1月下旬を予定しております。

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へ提出してください。
 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個人情報の保護に関する法律の規定に基づき、市役所内関係機関に調査、照会させていただきます。

| | | | | |
|--------|--|-------------|----|--|
| 千葉県使用欄 | | 就労、所得、他 () | 備考 | |
| | | 就労、所得、他 () | | |
| | | 就労、所得、他 () | | |