

(あて先)千葉市教育委員会教育長

「アフタースクールのご案内」1～6までの全ての項目に

1 利用児童について

Table with columns for フリガナ (千バ ハマオ), 児童氏名 (千葉 浜男), 生年月日 (平成 28 年 10 月 16 日), 学年 (2 年生), 通学(予定)小学校名 (千葉 小学校)

2 利用内容について

Table with columns for 利用開始希望月 (令和 6 年 4 月 から), 利用希望時間帯 (1 昼間の部のみの利用を希望), 利用予定日数 (週 (1 2 3 4 5 6) 日間)

3 料金区分B又はCの希望について

Table with columns for 生活保護受給世帯 (希望), 令和5年度市区町村民税非課税世帯 (希望), 利用区分 (A/B/C)

Table with columns for 連絡先 (住所, 電話番号), 保護者1 (氏名, 続柄, 就労先), 保護者2 (氏名, 続柄, 就労先)

5 家族状況について ※利用児童・保護者以外で同居もしくは生計を

Table with columns for 氏名, 続柄, 生年月日, 勤務先(または学校名・学年), アフタースクール申込状況

6 確認事項

Table with columns for 確認事項 (この申込書1・2・4及び裏面にご記入の内容については...), 確認欄 (同意します/同意しません)

裏面もご記入ください

<千葉市記入欄>

Table with columns for 受付場所 (A・B・C), メール, 同意書, 就労証明 (父・母, 保育所, ルーム), その他, 1-6, 他

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、運営委託事業者へ情報提供いたします。

ご記入いただいた内容で、アフタースクールの審査に不利となることはご

通学(予定)小学校、利用児童氏名を記入してください

【利用を希望される児童についてお答えください】

1 アレルギーについて

(1) アレルギーはありますか

いいえ・**はい** (原因物質 食物: **ピーナッツ** その他: **ハウスダスト**)

(2) アドレナリン自己注射(「エピペン®」)の処方を受けていますか

いいえ・はい

2 慢性疾患について

(1) 慢性疾患をお持ちですか

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

いいえ・はい (受給者番号:)

3 障害等について

(1) 身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳・療育手帳をお持ちですか

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 **B02**)

(2) 発達障害等の診断を受けたことがありますか

いいえ・**はい** (診断名: **発達障害**)
(診断機関: **千葉市療育センター**)
(診断日: **RO/O/O**)

4 介助等について

(1) 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・すべて介助
(部分的に介助が必要な事項:)

(2) 小学校からアフタースクールへの移動に介助が必要ですか

必要ない・必要
(介助が必要な事項:)

(3) 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。

できる・介助が必要(食事・排便・着脱衣・身辺整理・その他)
(介助の詳細:)

(4) 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
(医療行為の内容:)

5 通所施設について

(1) アフタースクール以外の施設(放課後デイサービス等)への通所(予定)はありますか

いいえ・**はい** (施設名: **OOテイサービス**)

6 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。

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

出を願うことができます

当該事項の有無にかかわらずご記入ください

全ての項目をご記入いただかない場合、再提出をお願いいたします

※ アフタースクール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。

※ アフタースクールの職員は、医療行為を行えません。
※ 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。

1-5に記載いただいた以外に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