

千葉市アフタースクール利用申込書

(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」及び記載例をよくお読みになり
1～6までの全ての項目についてご記入ください

1 利用児童について

フリガナ		生年月日 学年 (利用開始時点)	平成 年 月 日	通学(予定) 小学校名	小学校
児童氏名			年生		

2 利用内容について

利用開始希望月	令和 年 月 から	【夜間の部の利用について】 ・利用対象者は「保護者が就労等により午後5時以降家庭にいない児童」です ・「同意書」「保護者が就労等により午後5時以降家庭にいないことを証明する書類」等の提出が必要です 【利用予定日数について】 ・現時点で一週間のうち利用する予定の日数を選択してください
利用希望時間帯 ※希望する番号に「○」 をしてください	1 昼間の部のみの利用を希望 2 昼間の部及び夜間の部の利用を希望	
利用予定日数※必須	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

該当する項目がある場合は、番号に「○」をしてください		【いずれにも「○」がない場合】 ・料金区分A(一般世帯)の額になります 【いずれかに「○」をした場合】 ・「同意書」の提出が必要です ・令和5年1月1日時点で千葉市外在住の方は「令和5年度市県民税課税証明書」の提出が必要です
1	生活保護受給世帯であり、料金区分Cを希望する。	
2	令和5年度市区町村民税非課税世帯であり、料金区分Cを希望する。	
3	令和5年度市区町村民税所得割課税額が47,500円未満世帯(政令指定都市の課税世帯にあっては概ね63,300円未満世帯)であり、料金区分Bを希望する。	

4 保護者及び連絡先について ※親権者(父母、養親等)、及び未成年後見人、未成年を現に監護する者(里親等)

連絡先	住所	〒	電話番号 ※優先順に記入してください	-	-	(父・母・自宅・他)
	住所	〒	電話番号	-	-	(父・母・自宅・他)
保護者1 ※郵送物等宛先になります	カナ		利用児童から見た 続柄	生年月日	昭・平 年 月 日	
	氏名					
	状況	<input type="checkbox"/> 就労あり (就労先等を記入してください)⇒ <input type="checkbox"/> 就労なし	就労先			
			勤務地	(市区町村)	電話番号	
保護者2	カナ		利用児童から見た 続柄	生年月日	昭・平 年 月 日	
	氏名					
	状況	<input type="checkbox"/> 就労あり (就労先等を記入してください)⇒ <input type="checkbox"/> 就労なし	就労先			
			勤務地	(市区町村)	電話番号	

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一にする方

利用児童・保護者のみの世帯のため該当なし

氏名	利用児童から見た 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
		年 月 日		あり・なし
		年 月 日		あり・なし
		年 月 日		あり・なし
		年 月 日		あり・なし

※続柄は、利用する児童から見た続柄を記載してください

※「アフタースクール申込状況」欄は、小学生の兄弟姉妹がいる場合、該当するものに「○」をしてください

6 確認事項

以下の項目をお読みいただき、確認欄にチェックしてください。	確認欄
この申込書1・2・4及び裏面にご記入の内容については、本事業の運営事業者と情報を共有させていただきます。また、利用の審査及び書類発送のため、利用児童及び保護者の住民登録情報を確認させていただきます。	<input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません
児童の健康状態等を把握するため、小学校等の関係機関と児童の情報を共有させていただきます。また、小学校等に提出された学校生活管理指導表、個別の教育支援計画について、本事業の運営事業者と共有させていただきます。	<input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません

裏面もご記入ください

<千葉市記入欄>

受付場所	メール	同意書	就労証明	その他	1	2	3	4	5	6	他
A・B・C			父・母 保育所 ルーム								

健康・生活状態申告欄 (小学校アフタースクール 児童氏名:)

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ありません。

【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:) その他:)

(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)

(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:)
(診断機関:)
(診断日:)

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:)

※ 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。

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:)

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。

()