

奥多摩町学童保育会入会申請書兼児童台帳

奥多摩町長 宛

年 月 日

申請者	住所	奥多摩町	
	保護者氏名	フリガナ	電話番号
	緊急連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 父携帯 <input type="checkbox"/> 母携帯 <input type="checkbox"/> 他()	
<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 父携帯 <input type="checkbox"/> 母携帯 <input type="checkbox"/> 他()			

学童保育会への入会について、次のとおり申請します。

入会児童	氏 名		生 年 月 日	令和8年4月1日時点の 小学校及び学年	
	フリガナ		年 月 日	小学校 年	
入会希望期間		年 月 1日から 年 月 末日	希望学童保育会	氷川 ・ 古里 学童保育会	
入会希望理由		<input type="checkbox"/> 就労(自営含む) <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 看護(介護) <input type="checkbox"/> その他 ()	土曜日の保育を 希望しますか	希望 ・ 希望しない	
家族状況 (同居している家族)	氏 名		続柄	生 年 月 日	会社名・学校名・保育所名等
	フリガナ			年 月 日	
	フリガナ			年 月 日	
	フリガナ			年 月 日	
	フリガナ			年 月 日	
	フリガナ			年 月 日	
フリガナ			年 月 日		

※ 裏面も記入してください。

入会児童について、該当する項目にチェック又は記入をお願いします。

健康状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 病気がある、又は過去に大きな病気をしたことがある。 (病名：)
アレルギー等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> 食物 () <input type="checkbox"/> 薬品 () <input type="checkbox"/> その他 ()
	エピペン [®] は処方されていますか。 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
障害者手帳 又は 愛の手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (障害者手帳 級 、 愛の手帳 度)
特別支援学級	<input type="checkbox"/> 通っていない <input type="checkbox"/> 通っている
その他	児童の健康状態等について、伝えておきたいことがありましたら記入してください。

<個人情報の取り扱いについて>

学童保育会の運営に当たって、入所児童及び保護者の個人情報（住所、氏名、生年月日等）は、事業を実施する奥多摩町を通し、各学童保育会に提供されます。なお、この申請に基づいて入手した個人情報については、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）の趣旨に則り、学童保育会事業の目的以外には使用しません。

【奥多摩学童保育会の利用に関する同意事項】

- 1 学童保育会に情報提供及び、学童保育会名簿を作成すること。
- 2 必要な範囲に限り、学校や学童保育会等における児童の生活状況や配慮すべき内容ならびに保護者の就労等の入所要件および世帯の状況について、奥多摩町長が調査または確認すること。
- 3 学童保育会保護者負担金を納期限までに必ず納付すること。
- 4 本申請書および添付書類の内容が事実と異なる場合および必要書類を提出しない場合、入所承認を取り消すことがあること。

以上、すべての事項に同意します。

年 月 日

保護者氏名 _____