

学童保育 家庭状況調査書(2)

◆児童について

入所希望児童	①				②				③						
入所状況	新規		継続		新規		継続		新規		継続				
ふりがな 児童氏名															
性別・クラス	男・女	年 組		男・女	年 組		男・女	年 組							
生年月日	平成	年	月	日	平成	年	月	日	平成	年	月	日			
入学前に在籍していた幼稚園または保育施設名	所在市町村 ()				所在市町村 ()				所在市町村 ()						
	*お子様の入所(園)時の状況を、園にお聞きする場合があります														
平熱・血液型	℃	型(+・-)		℃	型(+・-)		℃	型(+・-)							
食物アレルギー	あり(品名) なし				あり(品名) なし				あり(品名) なし						
健康状態・病歴等	持病	あり		なし		あり		なし		あり		なし			
	服薬	あり		なし		あり		なし		あり		なし			
	既往症	おたふく風邪 風疹 はしか 水疱瘡 その他()				おたふく風邪 風疹 はしか 水疱瘡 その他()				おたふく風邪 風疹 はしか 水疱瘡 その他()					
	持病・服薬が「あり」は病状や薬の名前など、支援員にお知らせしたいことや対応方法等をご記入ください														
療育手帳・身体障害者手帳	持っている (種類・級) 持っていない				持っている (種類・級) 持っていない				持っている (種類・級) 持っていない						
特別児童扶養手当の受給	受けている		受けていない		受けている		受けていない		受けている		受けていない				
かかりつけの医療機関	内科等	病院名				病院名				病院名					
		TEL				TEL				TEL					
		病院名				病院名				病院名					
		TEL				TEL				TEL					
	歯科	病院名				病院名				病院名					
		TEL				TEL				TEL					
保険証	保険者番号					保険者番号					保険者番号				
	記号					記号					記号				
	番号					番号					番号				
マル福	公費負担者番号					公費負担者番号					公費負担者番号				
	受給者番号					受給者番号					受給者番号				
	有効期間	至平成	年	月	日	至平成	年	月	日	至平成	年	月	日		

○個人情報の取り扱いについて

この調査書から取得した個人情報は、学童保育所の運営以外の目的での利用はいたしません。

記入例

学童保育 家庭状況調査書(1)

(平成31年度)

申込み学童名 **※※** 学童保育所

【記入日:平成**30**年 **※**月**※**日】

◆保護者等について

ふりがな 保護者氏名	な か いちろう 那珂 一郎		自宅電話	029 (298) * * * *			
			携帯電話	090 (# # # #) 〇〇〇〇			
住所	那珂市菅谷 * * 番地 *						
	(アパート名) ☆☆マンション〇号室						
緊急連絡先 連絡のとれる 順で記入して ください。	①	氏名	那珂 華子	続柄	母	携帯電話番号	080 (〇〇〇〇) 1234
		勤務先等名称	カフェ スワン	勤務先等 電話番号	029 (298) ▽▽▽▽		
	②	氏名	那珂 一郎	続柄	父	携帯電話番号	090 (# # # #) 〇〇〇〇
		勤務先等名称	●●商事	勤務先等 電話番号	029 (227) ××××		
世帯状況 該当する場合は○ をつけてください	<ul style="list-style-type: none"> ・ひとり親世帯 (保護者のマル福受給者証のコピーを添付してください) ・身体障害者手帳等を持つかたが同居している世帯 (手帳の氏名が記載されているページのコピー [手帳を持つかたの氏名] を添付してください) ・生活保護世帯 						
その他 連絡事項							

◆入所について疾病・その他の理由がある場合は、次の欄へ記入してください

状況	父親	母親
疾病 入所理由である場合は記入し、診断書等を添付してください	[状況]	[状況]
その他 就労・疾病以外で入所を希望する場合は記入してください	<ul style="list-style-type: none"> ・災害 ・病人等の介護 ・その他 () 	<ul style="list-style-type: none"> ・災害 ・病人等の介護 ・出産 ・その他 ()

状況により添付書類をお願いすることがあります。
 疾病の場合→医師の診断書、入院診療計画書など
 出産の場合→母子手帳の写し

◆お迎えについて

お迎えは原則として保護者をお願いしています。就労時間等の都合により保護者以外のかたがお迎えを行うことがある場合は、18歳以上で身内のかたをお願いします。そのかたのお名前を記入してください。児童の安全確保のため、記載のないかたにはお引き渡しいたしません。

送迎者登録届 (保護者以外のかた)

氏名	続柄	住所	電話番号	保護者に代わる理由
那珂 一雄	祖父	那珂市菅谷 * * *	090-◆◆◆◆-0987	保護者が迎えに行けない時
福田 U子	叔母	水戸市〇〇12-3ハイツ☆202	080-△△△△-0123	保護者が迎えに行けない時

保護者

確認

那珂 一郎



※裏面の(2) ◆児童についても記入してください

学童保育 家庭状況調査書(2)

◆児童について

入所希望児童	①	②	③	
入所状況	新規 継続	新規 継続	新規 継続	
ふりがな 児童氏名	な か たろう 那珂 太朗			
性別・クラス	男・女 1 年 組	男・女 年 組	男・女 年 組	
生年月日	平成 24 年 4 月 17 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	
入学前に在籍していた幼稚園または保育施設名	※※ 保育所			
	所在市町村 (那珂市)	所在市町村 ()	所在市町村 ()	
*お子様の入所(園)時の状況を、園にお聞きする場合があります				
平熱・血液型	36.5 ℃ A 型(+)・-)	℃ 型(+・-)	℃ 型(+・-)	
食物アレルギー	あり(品名 乳製品) なし	あり(品名) なし	あり(品名) なし	
健康状態・病歴等	持病	あり なし	あり なし	あり なし
	服薬	あり なし	あり なし	あり なし
	既往症	おたふく風邪 風疹 はしか 水疱瘡 その他()	おたふく風邪 風疹 はしか 水疱瘡 その他()	おたふく風邪 風疹 はしか 水疱瘡 その他()
	持病・服薬が「あり」は病状や薬の名前など、支援員にお知らせしたいことや対応方法等をご記入ください	兄弟姉妹で入所申込みの場合は、 続けて記入してください。		
療育手帳・身体障害者手帳	持っている(種類・級) 持っていない	持っている(種類・級) 持っていない	持っている(種類・級) 持っていない	
特別児童扶養手当の受給	受けている 受けていない	受けている 受けていない	受けている 受けていない	
かかりつけの医療機関	内科等	病院名 ☆☆クリニック	病院名	病院名
		Tel 029-***-XXXX	Tel	Tel
	歯科	病院名 ABC歯科医院	病院名	病院名
		Tel 029-***-0000	Tel	Tel
保険証	保険者番号	*****	保険者番号	
	記号	*****	記号	
	番号	###	番号	
マル福	公費負担者番号	84080333	公費負担者番号	
	受給者番号	#####	受給者番号	
	有効期間	至平成 31 年 4 月 30 日	有効期間	至平成 年 月 日

○個人情報の取り扱いについて

この調査書から取得した個人情報は、学童保育所の運営以外の目的での利用はいたしません。