

学童保育 家庭状況調査書(1)

(令和9年度)

申込み学童名	学童保育所	【記入日:令和 年 月 日】
--------	-------	----------------

◆保護者等について

ふりがな 保護者氏名					自宅電話番号	()	
					携帯電話番号	()	
住 所							
	(アパート名)						
緊急連絡先 連絡のとれる 順で記入してく ださい。	①	氏名				児童との 続柄	携帯電話番号 ()
		勤務先等 名称					勤務先等 電話番号
	②	氏名				児童との 続柄	携帯電話番号 ()
		勤務先等 名称					勤務先等 電話番号
世帯状況 該当する 場合は✓をつけて ください	☐ 単身赴任(父・母) ☐ 育休を取得中または取得予定(年 月～ 年 月まで)						
	☐ 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)						
その他 連絡事項	☐ 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を添付してください) 〔手帳を持つかたの氏名 〕						
	☐ 生活保護世帯						

◆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	☐ 災害 ☐ 病人等の介護 ☐ その他()	☐ 災害 ☐ 病人等の介護 ☐ 出産 ☐ その他()

◆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、中学生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

送迎に際して事故等があった場合の責任は保護者にあるものとします。 保護者
同 意.....

※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

入所申込児童		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							
クラス		年 組		年 組		年 組	
生年月日		□平成□令和 年 月 日		□平成□令和 年 月 日		□平成□令和 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、 また、学校での様子 や支援級に通級して いるなど、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	内科等	病院名
			TEL	TEL	TEL		TEL
		歯科	病院名	病院名	病院名	歯科	病院名
			TEL	TEL	TEL		TEL

○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)

(令和9年度)

申込み学童名 **※※** 学童保育所

【記入日:令和 8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 (####) 0000	
住所	那珂市菅谷**番地*** (アパート名) ☆☆マンション◎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
		勤務先等名称	カフェ スワン	勤務先等 電話番号	080 (xxxx) 1234
	②	氏名	那珂 一郎	続柄	父
		勤務先等名称	(株)▼▼商事	勤務先等 電話番号	029 (227) xxxx
世帯状況 該当する場合は✓ をつけてください	☐ 単身赴任(父・母) ☐ 育休を取得中または取得予定(年 月～ 年 月まで) ☐ 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を [手帳を持つかたの氏名] 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	☐ 災害 ☐ 病人等の介護 ☐ その他()	☐ 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***-*** ☆☆マンション◎号室	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

送迎に際して事故等があった場合の責任は保護者にあるものとします。

保護者
同意

那珂 一郎

※裏面の(2)◆児童について も記入し

保護者以外のお迎えはない場合は
保護者が必ずお迎えを行うということで署名をして
ください。

学童保育 家庭状況調査書(2)

◆児童について

入所申込児童		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 太郎					
性別・クラス		Ⅰ 年 Ⅰ 組		年 組		年 組	
生年月日		☐ 平成 ☒ 令和 2年4月17日		☐ 平成		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		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。			
		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、ピーナッツ) ☐ 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、また、 <u>学校での様子や支援級に通級しているなど、支援員にお知らせしたいことや対応方法等</u> をご記入ください	(例1) 乳製品やピーナッツを食べると発疹が出ます。 本人もわかっていますが、おやつ等では食べないように対応をお願いします。 (例2) 支援級に通っていて、環境の変化に対応することが苦手					
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	内科等	病院名	内科等	病院名
			TEL 029-***-◎◎◎◎		TEL		TEL
			病院名		病院名		病院名
		歯科	病院名 A B C 歯科医院	歯科	病院名	歯科	病院名
			TEL 029-***-××××		TEL		TEL

○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。