

※児童を安全にお預かりする際の参考とさせていただきますので、必ずご記入ください。

(心身の障害等で、特別な支援・配慮が必要な児童のご利用に際しては、利用開始後の児童の生活や職員のサポートについてご相談するための事前面談を実施します。)

1 利用を希望される児童についてお答えください。

(1) 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 ・ 部分的に介助 [] ・ 全て介助)

(2) 食べ物の好き嫌いがありますか？

(いいえ ・ はい 苦手な食べ物 [])

(3) ①慢性疾患をお持ちですか。※「はい」の場合は、②もお答えください。

(いいえ ・ はい [疾患名:])

②小児慢性特定疾病の認定を受けていますか。

※認定を受けている場合は、受給者番号が分かるものの写しを提出してください。

(いいえ ・ はい 受給者番号 [])

(4) ①食物アレルギーはありますか。※「はい」の場合は、②もお答えください。

(いいえ ・ はい [原因食物:])

②アドレナリン自己注射薬（「エピペン®」）の処方を受けていますか。

(いいえ ・ はい)

(5) 3歳児検診、及び保健師、医師、保育士より発達についての指摘をうけたことがありますか？

(いいえ ・ はい)

内容を簡単にご記入ください。

[]

(6) 身体障害者手帳または精神障害者保健福祉手帳、療育手帳をお持ちですか。

※「はい」の場合は、手帳の写しを提出してください。

(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])

(7) 発達に関わる検査を受けたことがありますか。※「はい」の場合は、結果を提出してください。

(いいえ ・ はい 検査名 [] 診断機関 [])

診断日 [平成 年 月 日]

※ 心身に障害等があるお子さまについては、(8)、(9)にお答えください。

(8) 小学校から子どもルームへの移動に介助が必要ですか。

(必要ない ・ 必要 [])

※子どもルーム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。

(9) 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 [])

2 学校や保育所、幼稚園、子ども園等で、個別の教育支援計画の作成をしてもらいましたか？

(ある ・ ない) ※個別の教育支援計画は保護者が希望すればだれでも作成してもらえるものです。

3 子育てに関して、身近に相談できる人がいますか？

(いない ・ いる [配偶者、友人、親、学校、職場、その他] 当てはまるもの全てに○)

4 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。

[]

令和8年度

 放課後子どもスクール みらいの木 
定期利用申込書

申込年月日 令和 年 月 日

フリガナ			男 ・ 女
児童氏名			
生年月日	年 月 日		
自宅住所			
通学小学校名(予定)	学年		
		小学校	新 年 組

保護者氏名	父	年齢	自宅  ()
	母	年齢	
会社名・ 電話番号	父	 ()	連絡先 電話番号  ()
	母	 ()	
上記以外の同居 の家族	名前	年齢	名前 年齢
	名前	年齢	

※()内に連絡の優先順位1~6を入れてください。

連絡先メールアドレス			
	(PC・携帯・その他 ())		

※こちらのメールアドレスに、日報とお子様の登所・降所時刻のお知らせが届きます。

利用開始希望年月	令和 年 月 より利用希望		
----------	---------------	--	--

♣ 希望する保育の数字に○をつけて下さい。※18:00以降の降所については、保護者のお迎えが必要です。

1. 平日延長利用 (18:00~19:00)	2. 土曜日利用 (8:00~17:00)	3. 土曜日延長利 用 (17:00~18:00)	4. 長期休み利用 (8:00~18:00)	5. 長期休み延長利 用 (18:00~19:00)
----------------------------	--------------------------	---------------------------------	---------------------------	----------------------------------

出身 保育園／子ども園／幼稚園 ()

その他の連絡事項(本申込時点で利用日が決まっている場合は以下にご記入ください)

※ 裏も記入 →