

令和7年度 さくら市氏家児童センター学童保育利用申請書

令和 年 月 日

指定管理者

株式会社明日葉

さくら市氏家児童センター長 様

（保護者）住所：さくら市

氏 名 ⑩

電話番号 — —

児童センター学童保育の利用について下記のとおり申請します。

区分	氏 名	続柄	生年月日	性別	職業 現学校 学年	備考 勤務先・通園先 連絡先
ふりがな 入所児童	.....	本人				
家族状況						

土曜保育（2,000円）増額		1. 利用する	2. 利用しない
延長保育 （無料）	・ 午前7時30分～午前8時まで	1. 利用する	2. 利用しない
	・ 午後6時～午後6時30分まで	1. 利用する	2. 利用しない
再延長保育 （有料）	・ 午後6時30分～午後7時まで	1. 利用する	2. 利用しない
	・ 午後7時～午後7時30分まで	1. 利用する	2. 利用しない

延長保育利用の方は、申請書を提出していただきます。

令和7年度 さくら市氏家児童センター学童保育利用申請書

令和 6 年 10 月 3 日

指定管理者  
株式会社明日葉  
さくら市氏家児童センター長 様

（保護者）住所：さくら市〇〇1234-56

氏名 〇〇 〇〇 印

電話番号 △△△-△△△△-△△△△

児童センター学童保育の利用について下記のとおり申請します。

区分	氏名	続柄	生年月日	性別	職業 現学校 学年	備考 勤務先・通園先 連絡先
ふりがな 入所児童	うじいえ がくどう					
	氏家 学童	本人	平成29年11月1日	男	年長	〇〇幼稚園 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
家族状況	氏家 〇〇	父	年 月 日	男	会社員	(株) 〇〇〇〇 △△△-△△△-△△△△
	氏家 △△	母	年 月 日	女	歯科衛生士	□□歯科クリニック(代表) △△△-△△△-△△△△
	氏家 □□	長女	年 月 日	女	4年生	氏家小学校 028-682-2758
	氏家 ◎◎	次男	年 月 日	男	年少	〇〇幼稚園 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

土曜保育（2,000円）増額		1. 利用する	2. 利用しない
延長保育 (無料)	・午前7時30分～午前8時まで	1. 利用する	2. 利用しない
	・午後6時～午後6時30分まで	1. 利用する	2. 利用しない
再延長保育 (有料)	・午後6時30分～午後7時まで	1. 利用する	2. 利用しない
	・午後7時～午後7時30分まで	1. 利用する	2. 利用しない

延長保育利用の方は、申請書を提出していただきます。





# 就 労 証 明 書

令和 年 月 日

指定管理者  
株式会社明日葉  
さくら市氏家児童センター長 様

事業所の所在地:

名 称 :

事業主又は雇主等:

Ⓜ

電 話 番 号 :

以下のとおり証明します。

住 所					
氏 名					
勤務内容	該当に○	常勤	パート	内職	その他( )
	仕事の種類	(どんな仕事をしているか)			
就業先	該当に○	会社	工場	自宅	その他( )
	住所等	電話番号 - -			
1日の労働時間	午前 午後	時 分	午前 午後	時 分	1日平均 時間
勤務日数	1ヵ月平均	日	出勤日 月 火 水 木 金 土 日		
仕事を始めた日	年 月 日~				
備考					

\*この証明書は、学童保育入所申請に使用するものである。

## 自 営 等 申 告 書

令和 年 月

指定管理者  
株式会社明日葉  
さくら市氏家児童センター長 様

下記のとおり従事していることを申告します。

氏名	児童との続柄 父・母・祖父・祖母・その他 ( )		
就業場所	住所	電話 ( )	
就労時間	午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分	1日平均 時間	
就労日数	1ヶ月平均 日	月・火・水・木・金・土・日・祝日 (就労する曜日を○で囲む)	
仕事の種類	農業・自営業・家族介護・疾病・出産・その他		
仕事の内容・子どもの面倒を見られない理由を詳細に記入する。 (耕作面積、事業所名、介護者名(続柄)、病名、出産予定日等は必ず記載すること。)			

\* 自営業等は自主申告となっておりますが、申告後の調査等により事実と相違する場合には、入  
できない場合もありますので注意してください。

記入例

さくら市氏家児童センター  
児童名 **氏家太郎・花子**

自 営 等 申 告 書

令和 年 月 日

指定管理者  
株式会社明日葉  
さくら市氏家児童センター長 様

兄弟で申し込みの場合は連名で  
ご記入ください

下記のとおり従事していることを申告します。

氏名	児童との続柄 父・母・祖父・祖母・その他 ( )		
就業場所	住所	電話 ( )	
就労時間	午前・午後 時 分 ~	午前・午後 時 分	1日平均 時間
就労日数	1ヶ月平均 日	月・火・水・木・金・土・日・祝日 (就労する曜日を○で囲む)	
仕事の種類	農業・自営業・家族介護・疾病・出産・その他		
仕事の内容・子どもの面倒を見られない理由を詳細に記入する。 (耕作面積、事業所名、介護者名(続柄)、病名、出産予定日等は必ず記載すること。)			
<p>○<b>農業の方</b>は、耕作物・耕作面積等</p> <p>○<b>自営業の方</b>は、仕事の内容・代表者名簿(社名印・代表者印)。</p> <p>○<b>疾病について</b>は、現在の病気の症状・日常の生活の状況・通院先・通院回数等。</p> <p>○<b>家族介護について</b>は、要介護者名・要介護者の日常の状況・介護者の介護内容等。</p> <p>○<b>介護認定を受けている方</b>は、要介護度を記入。</p> <p>○<b>身体障害者手帳・療育手帳を交付されている方</b>は、等級のわかる部分をコピーして添付。</p> <p>○<b>妊産婦の方</b>は、ご相談ください。 出産を控えている方は、母子手帳の控えが必要。</p> <p>○<b>その他(定年退職後)の方</b>は、高齢のためという理由だけではなく、できるだけ詳しく記入。就労している方は、<b>年齢にかかわらず就労証明書の提出が必要</b>。</p>			

\* 自営業等は自主申告となっておりますが、申告後の調査等により事実と相違する場合には、入所できない場合もありますので注意してください。

さくら市放課後児童健全育成事業（学童保育）保育料減免申請書

令和 年 月 日

指定管理者  
株式会社明日葉  
さくら市氏家児童センター長 様

保護者 住所

氏 名 ⑩

下記のとおり児童の学童保育会保育料を減額されるよう申請します。

記

1. 児童氏名

\_\_\_\_\_ (生年月日：平成 年 月 日 )

2. 保育会名

\_\_\_\_\_ 小学校学童保育会

3. 理 由

①生活保護家庭のため。

②ひとり親家庭のため。

(いずれの場合も証明となるものを添付してください。)

(②の場合は、ひとり親家庭医療補助受給証(写し)を添付願います。)

児童保育料減免申請にかかる決定通知書

令和 年 月 日

様

指定管理者  
株式会社明日葉  
さくら市氏家児童センター  
センター長

この度申請のあった学童保育会保育料の減免について、次のとおり決定しましたので通知します。

記

1. 保育料を無料とする。

2. 保育料の2分の1を減額する。

児童氏名

\_\_\_\_\_ (生年月日：平成 年 月 日)

減免開始月： 令和 年 月から。 月保育料金額 円

3. 減免しない。  
(理由)



# 令和7年度学童保育自主申告書

氏家児童センター  
児童氏名

---

この申告書は、令和7年度における放課後児童健全育成事業（学童保育）の自主申告書となっておりますので正確にお答えください。

\* 学童保育を利用する際に心配なこと（障害や疾病等）や、指導員に知ってほしいことをなんでもご記入ください。

（お子様を安全にお預かりするために必要なもので、この欄に記入があったことを理由にお断りすることはございませんが、入所前にお話合いの機会を設けさせていただく場合があります）

※該当する数字を○で囲んでください。（以後同じ）

1 障害あるいは疾病がある（各称等その状況を詳細に記入してください）

2 特にない

3 職場から氏家児童センターまでの移動時間

父 時間 分

母 時間 分

その他 時間 分

以上のとおり回答（自主申告）いたします。

令和 年 月 日

保護者名

連絡先（自宅☎）

携帯電話☎

印

指定管理者  
株式会社明日葉  
さくら市氏家児童センター  
センター長



食物アレルギーについて

( )年 氏名

1. 今まで食物アレルギーの症状が出たことはありますか。 ( はい ・ いいえ )

2. 医師の診断について

\*医師の診断を受けたことがありますか。 ( はい【病院名 ( )】 ・ いいえ )

\*医師の最終診断はいつですか。 ( 年 月 日 )

\*医師からの書面での証明はありますか。 ( はい ・ いいえ )  
(診断書 ・ 食事指示書 ・ 各種検査結果表 ・ その他【受診したことが分かる書類等】)

3. アレルギーの状況について記入してください。

アレルギー (該当するものすべて記入)	卵・乳・小麦・大豆・ナッツ・甲殻類・果物 その他 ( )
原因食品を食した時に現れる症状 (具体的に記入、また一番最近の症状が出た時期も記入)	

\*アナフィラキシーショックを起こした経験がありますか。  
( はい【 年 月頃 ( )歳】 ・ いいえ )

\*アドレナリン自己注射薬を医師から処方されていますか。  
( はい【 年 月頃 ( )歳】 ・ いいえ )

4. 家庭で食事の状況について記入してください。

※該当するものに○をつけ、それ以外は具体的に記入してください。

- ア 全く食べさせていない。
- イ 加工食品等わずかに入っているものだけ食べさせている。
- ウ 本人の体調によって除去している。
- エ 本人が除去して食べている。
- オ その他 ( )

その他のアレルギーについて

※気管支喘息、アトピー性皮膚炎、花粉症 等

1. その他のアレルギーについて、今までに症状が出たことはありますか。  
( はい ・ いいえ )

2. 医師の診断について

\*医師の診断を受けたことがありますか。 ( はい ・ いいえ )

\*医師の最終診断はいつですか。 ( 年 月頃 )

\*医師からの書面での証明はありますか。 ( ある ・ ない )  
(診断書 ・ 食事指示書 ・ 各種検査結果表 ・ その他【受診したことが分かる書類等】)

3. アレルギーの状況について記入してください。

疾病名 (あれば記入)	・気管支喘息 ・アトピー性皮膚炎 ・アレルギー性結膜炎 ・アレルギー性鼻炎
現れる症状 (具体的に記入)	・通年性 ・季節性(花粉症) ※時期：春・夏・秋・冬

\*アナフィラキシーショックを起こした経験がありますか。  
( はい【 年 月頃 ( )歳】 ・ いいえ )

\*アドレナリン自己注射薬を医師から処方されていますか。  
( はい【 年 月頃 ( )歳】 ・ いいえ )

4. 薬の服用や症状に対する学校での対応について記入してください。