

処理欄	登録①	登録②	通知	連絡

## 桜井市 学童保育所 入所申込書

(宛先)桜井市長

下記のとおり、桜井市学童保育所への入所を申し込みます。

令和 年 月 日

(入退所に関する連絡先となる保護者)

〒 - -  
保護者住所  
桜井市保護者氏名  
Tel: - -

## 1 入所希望について

希望学童	( ) 学童保育所
入所経験 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 新規入所・・・初めて入所を希望する <input type="checkbox"/> 継続入所・・・3月まで入所し、4月以降も引き続き入所を希望する <input type="checkbox"/> 再入所・・・退所してから1ヶ月以上経っており、再度入所を希望する
希望期間	令和 年 月 1 日 から 令和 年 月 末日 まで
延長保育の利用予定	有 ・ 無

## 2 児童について

ふりがな		生年月日	平成 年 月 日
児童氏名		(新)学年	年生 児童番号 (記入不要)

## 3 保護者について (該当するものに☑を入れてください。)

児童との続柄	母 ( <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 )	父 ( <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 )
ふりがな		
保護者氏名		
生年月日	年 月 日	年 月 日
申込理由	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> その他( )
勤務先等	(勤務先等名称) (通勤地・通学地) 市・区・町・村	(勤務先等名称) (通勤地・通学地) 市・区・町・村

## 4 同居の家族 (児童本人・保護者以外の方)

児童との続柄	氏名	生年月日	勤務先・学校・状況(疾病や介護)等	学童申請 (小学生のみ)
		年 月 日		有 ・ 無
		年 月 日		有 ・ 無
		年 月 日		有 ・ 無
		年 月 日		有 ・ 無
		年 月 日		有 ・ 無

## 5 同意事項について

次の事項について同意します。(☑を入れてください)

<input type="checkbox"/> 市が、入所の決定等に必要児童や保護者、同居の家族に関する個人情報を閲覧すること <input type="checkbox"/> この申込書及び入所に必要な書類に記載の情報を指定管理者及び桜井市学童保育所に提供すること <input type="checkbox"/> 学童保育所保育料の滞納があった場合、児童手当や児童扶養手当を窓口で預かり、滞納分の学童保育所保育料を手当から徴収すること
--

## 6 添付書類

次の書類を添付します。(該当するものに☑を入れてください。)

<input type="checkbox"/> 就労証明書 <input type="checkbox"/> 開業届(営業許可証)の写し <input type="checkbox"/> 民生児童委員による確認 <input type="checkbox"/> 在学証明書及び時間割のわかるもの <input type="checkbox"/> 口座振替依頼書 <input type="checkbox"/> 口座振替依頼書は以前に提出済 <input type="checkbox"/> 母子手帳の写し <input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> その他( )
--