

令和7年度美濃市留守家庭児童教室入室申請書

令和 年 月 日

美濃市長 様

住 所 美濃市

保護者等氏名

電 話 番 号 ー

( ) 小学校区留守家庭児童教室へ入室したいので申請します。

留守家庭児童教室の利用申請時及び利用中において、必要な場合、市が保護者の就労等や家庭の状況を確認するために、保育園や認定こども園、小学校等の地域の関係機関と連携し、当該児童に関する情報を共有することに同意します。

また、利用者負担金算定のため、同居家族の税務資料等、市が保有する必要な情報を閲覧することに同意します。

児童名	氏 名		生 年 月 日		性別	小学校名		心身の状態
	ふりがな		年 月 日生		男・女	小学校		
			( 学年 )					
児童の同居家族	氏 名	児童との続柄	年 齢	市 民 税 課税の有無	勤 務 先	勤 務 先 電話番号	帰宅時間	
申請理由								
1. 就労のため								
2. その他 ( )								
児童の様子								

# 留守家庭児童教室緊急カード

学校名 \_\_\_\_\_ 小学校

[留守家庭児童教室でお子さんに緊急事態等が起こった時の資料・連絡に使用します。]

児童氏名		生年月日	平成 年 月 日生
住 所	美濃市	電話番号	( ) -
保護者氏名		続 柄	

## 体質関係

血液型等	型 RH +・- (平常時体温 度 分)
薬物・注射の ショック有・無	<ul style="list-style-type: none"> <li>・でたことがある (なにで、なにの )</li> <li>・いままででたことがない</li> </ul>
アレルギー体質	<ul style="list-style-type: none"> <li>・である</li> <li>・ではない</li> </ul>
それは何という アレルギーですか (○をつけて ください)	ぜんそく ・ じんましん ・ アトピー性皮膚炎 ・ アレルギー性鼻炎 アレルギー性結膜炎 ・ 食物アレルギー (食品名 ) その他 (アレルギー名 )

<留守家庭児童教室活動中に事故があった時にできるだけ使ってほしい医療機関名>

外科		眼科		耳鼻科	
内科		歯科			

\*その他連絡しておきたいこと

## お迎え時間

\*お時間を過ぎる場合は下記緊急連絡先へ連絡させていただく場合がございます。

<緊急連絡先> \*連絡してほしい順に記入してください。

(家族の勤務先、連絡先)

順位	続柄	氏 名	勤務先事業所名称等	電 話 番 号
①			携帯・勤務先 ( )	( ) -
②			携帯・勤務先 ( )	( ) -
③			携帯・勤務先 ( )	( ) -
④			携帯・勤務先 ( )	( ) -

(家族に連絡がつかない場合の緊急連絡先を書いてください。また、連絡後早急に迎えに来られる方の連絡先を記入してください。)

氏 名	間柄	住 所	電 話 番 号
			( ) -
			( ) -