


放課後ルーム入所児童状況調査票【A】

フリガナ		性別	() 放課後ルーム		
児童氏名		男・女	生年月日	平成	年 月 日

1. 申請内容の確認について

(1) 入所を希望する期間	
いずれか一つに☑をしてください。	<input type="checkbox"/> 令和6年__月 ~ 令和7年3月 (年間で利用) <input type="checkbox"/> 長期休暇期間のみ ※入所を希望する月すべてに☑をしてください。 → <input type="checkbox"/> R6年7月 <input type="checkbox"/> R6年8月 <input type="checkbox"/> R6年12月 <input type="checkbox"/> R7年1月 <input type="checkbox"/> R7年3月 ※R7年4月以降は別途申請が必要です。 <input type="checkbox"/> 出産月をはさんで前後2か月間 (出産が理由の場合のみ)
(2) 児童育成料(利用料)の減免申請	
いずれか一つに☑をしてください。 <small>※別紙(ピンク色の紙)「児童育成料の減免について」をご確認ください。</small>	<input type="checkbox"/> 申請しない <input type="checkbox"/> 申請する →「児童育成料減免申請書」を提出してください。 ※該当する理由すべてに☑をしてください。 理由を選択→ <input type="checkbox"/> きょうだいで入所するため <input type="checkbox"/> 所得が少ないため <input type="checkbox"/> 生活保護を受けているため
(3) おやつ提供	
① 食物アレルギーはありますか。	<input type="checkbox"/> はい → ① 該当するアレルギーすべてに☑をしてください。 <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> えび <input type="checkbox"/> かに <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> 落花生 <input type="checkbox"/> その他() → ② エピペンの処方がありますか。 <input type="checkbox"/> はい / <input type="checkbox"/> いいえ ※エピペンのお預かりはできません。保管場所(ランドセル等)を放課後ルームへお知らせください。 <input type="checkbox"/> いいえ
② いずれか一つに☑をしてください。 おやつ提供を受ける、かつ、アレルギーや疾病のため一部除去を依頼する場合に限り、2箇所にて☑してください。  <small>※おやつ献立は、船橋市ホームページを参考にしてください。 ※学校給食と同様に以下の12品目については、おやつに使用していません。 (そば、ピーナッツ(落花生)、アーモンド、カシューナッツ、くるみ、けし、まつ、ピスタチオ、ブラジルナッツ、ヘーゼルナッツ、ペカンナッツ、マカダミアナッツ)</small>	<input type="checkbox"/> 通常献立おやつ提供を受ける チェック <input type="checkbox"/> →①で「はい」と回答している場合は右欄に☑をしてください。 「食物アレルギーがあるが、おやつは通常献立で問題ない」 <input type="checkbox"/> 特定原材料7品目不使用献立おやつ提供を受ける →「入所事項変更届(おやつ停止・再開・献立変更用)」を提出してください。 <input type="checkbox"/> おやつ提供を受けるが、アレルギーや疾病のため一部除去を依頼する →「おやつ除去依頼届」を提出してください。 <input type="checkbox"/> 特別な事情があるため、おやつ提供は受けず持参する →「入所事項変更届(おやつ停止・再開・献立変更用)」を提出してください。

2. 家庭の状況

(1) 保護者の状況											
① 父母どちらかが単身赴任をしており、児童本人と別居していますか。	<input type="checkbox"/> はい → <input type="checkbox"/> 父 / <input type="checkbox"/> 母 ※該当する場合、☑をしてください。 <input type="checkbox"/> いいえ										
② 父母どちらかが、定期的または恒常的に在宅勤務を行っていますか。	<input type="checkbox"/> はい → <input type="checkbox"/> 父 / <input type="checkbox"/> 母 ※該当する場合、☑をしてください。 <input type="checkbox"/> いいえ										
③ ひとり親家庭の場合は、該当するものに☑をしてください。	<input type="checkbox"/> 離婚 → 時期 年 月頃 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 未婚										
(2) 通勤時間											
父母どちらかの通勤時間が片道2時間以上かかりますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ										
(3) 同居の家族											
児童本人を含めて、同居している人数を記入してください。 (例)父・母・児童本人・児童の妹・祖父で住んでいる場合…同居人数：5人	() 人 ※「放課後ルーム入所申請書」の「保護者以外の同居者の状況」と相違がないようにしてください。										
(4) 祖父母の状況											
児童本人の祖父母の状況について、それぞれに☑をしてください。 <small>※祖父母が別居していて、市内在住の場合は、住所を記入してください。</small>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="2" style="text-align: center; vertical-align: middle;">父 方</td> <td style="text-align: center;">祖父</td> <td> <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 市外在住 <input type="checkbox"/> 市内在住→住所 (船橋市) </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">祖母</td> <td> <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 市外在住 <input type="checkbox"/> 市内在住→住所 (船橋市) </td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="text-align: center; vertical-align: middle;">母 方</td> <td style="text-align: center;">祖父</td> <td> <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 市外在住 <input type="checkbox"/> 市内在住→住所 (船橋市) </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">祖母</td> <td> <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 市外在住 <input type="checkbox"/> 市内在住→住所 (船橋市) </td> </tr> </table>	父 方	祖父	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 市外在住 <input type="checkbox"/> 市内在住→住所 (船橋市)	祖母	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 市外在住 <input type="checkbox"/> 市内在住→住所 (船橋市)	母 方	祖父	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 市外在住 <input type="checkbox"/> 市内在住→住所 (船橋市)	祖母	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 市外在住 <input type="checkbox"/> 市内在住→住所 (船橋市)
父 方	祖父		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 市外在住 <input type="checkbox"/> 市内在住→住所 (船橋市)								
	祖母	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 市外在住 <input type="checkbox"/> 市内在住→住所 (船橋市)									
母 方	祖父	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 市外在住 <input type="checkbox"/> 市内在住→住所 (船橋市)									
	祖母	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 市外在住 <input type="checkbox"/> 市内在住→住所 (船橋市)									

裏面「放課後ルーム入所児童状況調査票【B】」も、忘れずにご記入ください。

放課後ルーム入所児童状況調査票【B】

フリガナ		性別	〔 〕	放課後ルーム
児童氏名		男・女	生年月日	平成 年 月 日

1. 出身保育園等について ※新1年生のみ記入してください。

通っている(通っていた)保育園・幼稚園等の名前を記入してください。	〔 _____ 〕 <input type="checkbox"/> 保育園 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 認定こども園
-----------------------------------	--

2. 申請児童について

※新1年生・現在放課後ルームを利用中ではない場合…すべて記入してください。
 ※現在放課後ルームを利用中の方…変更がある項目のみ記入してください。

1. 健康状況

就学時健康診断や直近の健康診断で指摘がありましたか。	<input type="checkbox"/> はい → 指摘内容〔 _____ 〕 <input type="checkbox"/> いいえ
視力や聴力が気になって受診したことはありますか。	<input type="checkbox"/> はい → 受診内容〔 _____ 〕 <input type="checkbox"/> いいえ
常用している薬はありますか。	<input type="checkbox"/> はい → 薬の名称〔 _____ 〕 → 何の薬ですか〔 _____ 〕 <input type="checkbox"/> いいえ

2. 予防接種・体質・病気等

1回でも接種したことがある予防接種に☑をしてください。	【定期接種のもの】 <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> MR(麻しん・風しん) <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> ヒブ <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> 四種混合(☐ポリオ/☐三種混合) <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> ロタ 【任意で受けるもの】 <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 髄膜炎菌 <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> その他(_____)
体質について、該当するものすべてに☑をしてください。 ※該当するものがある場合は詳しい症状を記入してください。	<input type="checkbox"/> 熱が出やすい <input type="checkbox"/> 便秘症(_____ 日以上) <input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> ヘルニア <input type="checkbox"/> 吐きやすい <input type="checkbox"/> 下痢をしやすい <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 低血糖 →発作が起きた際のグルカゴン点鼻粉末剤(バクスマー®)の使用について医師から指示が出ていますか。 <input type="checkbox"/> はい / <input type="checkbox"/> いいえ ※該当する場合は別途提出が必要な書類がありますので、地域子育て支援課へお問い合わせください。 <input type="checkbox"/> その他(_____) →詳しい症状〔 _____ 〕
今までにかかった病気について、該当するものすべてに☑をしてください。 ※該当するものがある場合は、かかった時期や現在の状況等を詳しく記入してください。	<input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> 自家中毒 <input type="checkbox"/> 麻しん <input type="checkbox"/> 風しん <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 脱臼 <input type="checkbox"/> その他〔 _____ 〕 <input type="checkbox"/> てんかん →発作が起きた際の坐薬の挿入(またはプロラム口腔用液)の使用について医師から指示が出ていますか。 <input type="checkbox"/> はい / <input type="checkbox"/> いいえ ※該当する場合は別途提出が必要な書類がありますので、地域子育て支援課へお問い合わせください。 ※発作予防での坐薬挿入は該当しません。 →詳しい状況〔 _____ 〕
運動制限はありますか。	<input type="checkbox"/> はい → 制限内容〔 _____ 〕 <input type="checkbox"/> いいえ

3. 発達面

健康・発達面のことで専門機関に相談や通所をしたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい → ① 該当の専門機関に☑をしてください。 <input type="checkbox"/> こども発達相談センター <input type="checkbox"/> 総合教育センター <input type="checkbox"/> 児童相談所 <input type="checkbox"/> マザーズホーム <input type="checkbox"/> 病院(_____ 病院) <input type="checkbox"/> その他〔 _____ 〕 → ② 相談内容、現在の状況等を詳しく記入してください。 〔 _____ 歳頃 _____ について 〕 <input type="checkbox"/> いいえ
障害がありますか。	<input type="checkbox"/> はい → ① 該当するものに☑をしてください。 <input type="checkbox"/> 注意欠陥/多動性障害(ADHD) <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 学習障害(LD) <input type="checkbox"/> 自閉症スペクトラム(ASD) <input type="checkbox"/> 身体的な障害(_____) <input type="checkbox"/> その他(_____) → ② 療育手帳または身体障害者手帳をお持ちですか。 <input type="checkbox"/> はい / <input type="checkbox"/> いいえ ※手帳をお持ちの場合は、写しをご提出ください。 → ③ 特別支援学級に在籍している、または在籍予定ですか。 <input type="checkbox"/> はい / <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> いいえ

4. その他

申請するにあたり、心配なことや伝えておきたいことがありますたらご記入ください。	
---	--

表面「放課後ルーム入所児童状況調査票【A】」も、忘れずにご記入ください。