

①令和 年度(202 年度)

(次世代育成課使用欄)		入所予定月	月	利用可能日	月	火	水	木	金	土	延長利用	有 ・ 無	加配配置	有 ・ 無	
ワライン出力	窓対応	受付・審査①	審査②	ミザリオ	コドモン			きょうだい同時入所			有 ・ 無		宛名コード		
								口座情報		継 続 ・ 新 規					
郵送開封	申請書	状況表	支援	確認書	就労証明	就労証明	確定申告	開業届	診断書	介護	口振依頼	口振確認			
伊丹市立 児童くらぶ												入所許可申請書 延長保育利用承認申請書 育成料減免申請書		新規・継続	

伊丹市長様
申請者(保護者)

〒664-	提出日	年	月	日
住所				
方書(マンション名等)				
フリガナ				
氏名				
連絡先				

伊丹市立児童くらぶを次の期間に利用したいので、伊丹市立児童くらぶ条例施行規則第6条の規定により、関係書類を添えて申請します。

☐ 通年 月から利用希望	☐ 夏季休業期間のみ(月～ 月までを予定)
-------------------------------------	---

【児童情報】 ※利用月も記入してください。↑

フリガナ	学校名	小学校	新	年
氏名	出身保育所(園)・幼稚園名		現	年 組
生年月日	年 月 日生	きょうだいの同時入所	☐ あり ☐ なし	
入所希望理由	※ 該当する入所希望理由に ☒ してください。 ☐ 就労 ☐ 就学 ☐ 妊娠・出産 ☐ 疾病・障害 ☐ 親族の介護・看護 ☐ その他			

【利用予定日】

週(月～金)利用予定日数	☐ 毎日利用	☐ 週	日	程度利用予定	(土曜日を除く)
土曜日利用の有無	☐ なし	☐ あり	※就労証明書にて土曜日に勤務している旨の記載が必要です。		

【延長保育の希望】

※延長保育を希望する場合、就労証明書の終業時間が通勤時間を含め午後5時を超えている必要があります。	
☐ 延長保育を希望する	☐ 延長保育を希望しない
延長保育のお迎え予定時間	午後 時 分頃予定 お迎えに来る方(予定) []

【児童くらぶ育成料減免】

☐ 該当なし			
☐ 生活保護受給世帯(全額免除)	・(添付資料)生活保護受給証明書		
☐ 市民税非課税世帯(全額免除)	・(添付資料)令和7年度市民税・県民税課税証明書		
☐ 市民税低所得世帯(2分の1免除)	※令和7年1月1日現在、伊丹市に住民票がある方は不要です。		
☐ きょうだい同時入所(2分の1免除)	一番年齢が低い児童氏名	学年	年
☐ その他(全額・2分の1免除)	(理由)		

本申請の同意事項

本申請に関して、伊丹市長が申請者の課税状況、生活保護の受給状況及びその他の必要な情報について、伊丹市立児童くらぶを退所するまで、調査または確認することを承諾します。
自署
※申請者と同じ世帯の配偶者は、調査等の対象となるため署名してください。
自署

※申請された内容は放課後児童健全育成事業のために利用し、それ以外の目的で利用することはありません。

※入所許可申請書の記載事項と事実が大きく異なることが判明した場合や、育成料を滞納した場合は、入所を取り消す場合があります。



児 童 状 況 表

※ 伊丹市立児童くらぶに入所される際の資料となりますので、具体的にご記入ください。

児童氏名		学校名	小学校	新 現	年 組	平熱	度
------	--	-----	-----	--------	--------	----	---

【家族構成】(生計を同一とする家族の状況) ※児童本人以外についてご記入ください。

	氏名	児童との続柄	生年月日	就労先・学校等	勤務地(市町) [就労の方のみ]	(担当課 使用欄)
代表 保護者			年 月 日			就労日 月・火・水・木・金・土 固定・シフト 週 日 終業時間 時 分 通勤時間 分
保護者			年 月 日			就労日 月・火・水・木・金・土 固定・シフト 週 日 終業時間 時 分 通勤時間 分
Wワーク 記載欄	Wワークされている場合記入してください。		—			就労日 月・火・水・木・金・土 固定・シフト 週 日 終業時間 時 分 通勤時間 分

生計を同一とするきょうだいやその他家族については下の表に記入してください。

氏名	児童との続柄	生年月日	就労先・学校等	学校・保育所等 在籍状況
		年 月 日		在学・在園・申請中
		年 月 日		在学・在園・申請中
		年 月 日		在学・在園・申請中
		年 月 日		在学・在園・申請中
		年 月 日		在学・在園・申請中

【緊急連絡先】※警報発令時等に連絡が付きやすい順にご記入ください。①→②の順で、個人は③→④も記入。

個人	①	保護者氏名(続柄)	電話番号	②	保護者氏名(続柄)	電話番号
		(続柄:)			(続柄:)	
	③	氏名(続柄)	電話番号	④	氏名(続柄)	電話番号
		(続柄:)			(続柄:)	
勤務地	①	就労先名(続柄)	電話番号	②	就労先名(続柄)	電話番号
		(続柄:)			(続柄:)	

1. アレルギー等	☐ なし ☐ あり ⇒(アレルギー名)
2. エピペンの所持	☐ なし ☐ あり ※エピペンとは、医師の治療を受けるまでの間、アナフィラキシー症状の進行を一時的に緩和し、ショックを防ぐための補助治療剤のことです。
3. 障害者手帳の交付状況	☐ なし ☐ あり ※ありの場合、手帳のコピーを添付してください。また、「支援を要する児童用の状況表」を提出してください。
4. 特別支援学級への在籍(予定含む)	☐ なし ☐ あり ※ありの場合、「支援を要する児童用の状況表」を提出してください。
5. 就学前施設(保育所等)での特別支援学級等への在籍	☐ なし ☐ あり
6. サポートファイル「ステップ★ぐんぐん」の所持	☐ なし ☐ あり
7. 既往病歴、持病、特記事項等(現在または過去にかかった病気があれば、☑をつけてください。)	
☐ 特になし ☐ けいれん ☐ てんかん ☐ 心臓病 ☐ 腎臓病 ☐ ぜんそく ☐ その他()	
8. 児童について児童支援員に伝えておきたいこと	
☐ 特になし ☐ あり⇒	
9. かかりつけの医院	
医院名 _____ 電話 _____ 医院名 _____ 電話 _____	