

様式第1号（第6条関係）

島本町学童保育室サポート保育利用申請書

令和 年 月 日

（申請先）教育長

申請者 住所 島本町
氏名
電話番号
続柄 対象児童の

次のとおりサポート保育の利用を希望しますので、申請します。

なお、サポート保育に係る手続のため、必要な情報を町が所属予定の学童保育室に提供することについて同意します。

※この申請は、学童保育室に入室するための申請ではありません（学童保育室に入室するためには、別途申請が必要です。）。

サポート保育の利用を希望する年度				令和 5 年度		
対象児童	ふりがな 氏名			生年月日	年	月 日
				入室年度の学年		年生
家族の 状況	氏名	続柄	生年月日	同居 別居	勤務先・ 所属等	保育能力の 有無（※）
				同・別		有・無
				同・別		有・無
				同・別		有・無
				同・別		有・無
				同・別		有・無
				同・別		有・無
※成人の方で、病気、障害等により保育ができない状況以外の方は、全て「有」を選択してください。						
サポート保育の利用を 希望する理由						
対象児童の状況						
支援学級・通級指導教室の利用の有無 有 ・ 無						
支援学級（ 年 月 日～ 年 月 日）						
通級指導教室（ 年 月 日～ 年 月 日）						
各種障害手帳 の保有	有	療育手帳 等級（ ）	精神障害者保健福祉手帳（ ）級			
	無	身体障害者手帳（ ）種（ ）級 障害名（ ）				
特別児童扶養手当受給の有無			有 ・ 無			
の医 状 学 的 診 断	有 ・ 無	診断名（病名）（ ）				
		医療機関名（ ） 診断日（ 年 月 日）				
の医 状 学 的 診 断	有 ・ 無	診断名（病名）（ ）				
		医療機関名（ ） 診断日（ 年 月 日）				

（裏面あり）

(裏面)

現在の通院 有 ・ 無 医療機関名 () 主治医 (医師)	
療育歴 (療育、理学療法、作業療法、言語療法等の履歴) 有 ・ 無 機関名 () 受けた期間 (年 月 日 ~ 年 月 日) 機関名 () 受けた期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)	
発達検査歴 有 ・ 無 ※差し支えなければ、結果の写しを添付してください。 受検機関 () 受検日 (年 月 日) 検査方式 (新版K式 ・ WISC-IV ・ その他 () ・ 不明) 結果 () 受検機関 () 受検日 (年 月 日) 検査方式 (新版K式 ・ WISC-IV ・ その他 () ・ 不明) 結果 ()	
発作の有無	有 (症状:) ・ 無
現在の健康状態 (これまでの項目で記載されなかった病状、症状等)	
気になる事・伝えておきたい事	