令和9年度　緑のなかま　・グリーンキッズ　申込書

○児童について　　提出日：令和00年　00月　00日

児童名（ﾌﾘｶﾞﾅをお願いします）	生年月日	性　別	学校名
ミドリガオカ　イチロウ 緑ヶ丘　一郎	平成・令和　00年　00月　00日	男・女	美咲野小学校 新　0　年
	住所：菊池郡大津町美咲野00丁目00-00		電話：000-000-0000

○保護者連絡先　・　世帯の状況など　　※緊急連絡先はお勤め先など必ず連絡が取れるところをご記入下さい。

氏　名（ﾌﾘｶﾞﾅをお願いします）	児童との続柄	携帯電話番号	緊急連絡先（お勤め先など）	連絡先			
ミドリガオカ　タロウ 緑ヶ丘　太郎	父	000-000-0000	白川商店・営業部 000-000-0000	携帯	3	勤務先	4
ミドリガオカ　ハナコ 緑ヶ丘　花子	母	000-000-0000	白川商店・事務部 000-000-0000	携帯	1	勤務先	2
ミドリガオカ　イチロウ 緑ヶ丘　一郎	本人			携帯		勤務先	
ミドリガオカ　ジロウ 緑ヶ丘　次郎	弟			携帯		勤務先	
ミドリガオカ 緑ヶ丘　まりこ	祖母	000-000-0000	祖母宅 000-000-0000	携帯	5	勤務先	6

○学童にお迎えに来る人　　父　・　母　・　祖父　・　祖母　・　その他（　　）

○保育料についてコースをお選びください　　（　月極　・　長期休暇のみ　）

○減免制度を希望されますか。　　（　はい　・　いいえ　）

○出身の保育園・幼稚園を教えて下さい。　　（　緑ヶ丘　）保育園　・　幼稚

○食物アレルギーについて　（症状・対処法など具体的にご記入下さい。）

小麦粉のアレルギーがあり、蕁麻疹などの症状が出ます。もし、症状が出た場合は、すぐに医療機関への受診をお願いします。

○児童に関しての身体、性格面で知らせておきたいこと

アトピー・喘息・発達障害（診断書・療育手帳あり）

○学童保育に望むこと

お友だちと毎日楽しく過ごしてほしい。

○その他連絡事項

仕事の関係で、月に1回程度延長保育を利用したい。

自宅周辺の略図

かかりつけの医療機関	保 険 証 番 号
病院名（ 〇〇医院 ） 電話番号：000-000-0000 住　　所：菊池郡大津町大津0000	被保険者名　緑ヶ丘太郎 種類　社会保険 記号：11010203 番号：123 保険者番号：01234567 保険者名称：白川商店株式会社
病院名（ 〇〇クリニック ） 電話番号：000-000-0000 住　　所：菊池郡大津町美咲野0丁目00-00	

※発達に課題のある児童について、療育手帳や身体障害者手帳または医師の診断書をお持ちの場合は、
コピーの提出をお願い致します。

今までにかかった病気 （該当するものに〇）	はしか ・ おたふくかぜ ・ 風疹 ・ 水疱瘡 ・ その他