

社会福祉法人幸童の会
学童保育クラブ WARABE キンダーハウス
理事長 林カツミ あて

現住所	
フリガナ	
申請者名 (保護者)	印

※太枠内をもれなくご記入ください。

フリガナ		性別	新規・更新	生年月日	
児童名		男・女	(いずれかに○印)	年 月 日	
申請者住所	大和市	自宅電話	— —		
		携帯番号	— —		
		メールアドレス			
学校名・新学年	小学校 年				
児童本人を除く家族全員・親族・同居人等	フリガナ	児童との続柄	年齢 ※4/1時点	勤務先名称・学校名 学年・保育園等 ※学校名、学年及び保育園等は、入所する年度で記入してください。	通常の退社(下校)時刻
	氏名				通常の通勤(通学)時間
					退社時刻: : 通勤時間: 片道 分
					退社時刻: : 通勤時間: 片道 分
					退社時刻: : 通勤時間: 片道 分
					退社時刻: : 通勤時間: 片道 分
					退社時刻: : 通勤時間: 片道 分
					退社時刻: : 通勤時間: 片道 分
					退社時刻: : 通勤時間: 片道 分
	入所希望理由 ※該当する番号に○をしてください。	1. 保護者が就労のため 2. 保護者が疾病のため 3. その他()			
施設記入欄 申請書類・添付書類	年 4月 1日入所予定				
	☐ 児童健康等生活調査票 ☐ 就労等の要件を証明する書類 ☐ 同意書 ☐ 添付書類() ☐ 同時申請 NO. _____ に添付 (新規申請者) ☐ 確認シート ☐ 三者面談日時(年 月 日 :) (食物アレルギーを有する場合) ☐ 食物アレルギーに関する調査票				

児童健康等生活調査票
(キンダーハウス入所申請用)

申請者名	児童名	保育園・幼稚園名
ふりがな		※新規申請者のみ
印		上記連絡先 - -

①	今までかかったことがある病気があればご記入ください。							
	おたふくかぜ	歳	ぜんそく	歳	虫垂炎	歳	滲出性中耳炎	歳
	水ぼうそう	歳	はしか	歳	風疹	歳	てんかん	歳
	心臓病	歳	腎臓病	歳	ひきつけ	歳	結核	歳
	川崎病	歳						
②	現在、治療中の病気、また、持病・アレルギー等で服用している薬はありますか。 ☐ はい → → → ☐ いいえ							
③	食物アレルギーはありますか。 ☐ はい → → → ☐ いいえ							
④	体温について							
	平熱 度 分							
⑤	視力・聴力で、気になることはありますか。 ☐ はい → → → ☐ いいえ							
⑥	集団生活をしていくうえで、特に気になる点がありますか。(性格・運動面を含めて) ☐ はい → → → ☐ いいえ							
⑦	発達について医療機関または保育園や幼稚園などで指摘されたことはありますか。 入所後の生活を安心して過ごせるように、できるだけ現在の状況を詳しくご記入ください。 ☐ はい → → → ☐ いいえ							
	☐ 医療機関(医療機関名:) ☐ 診断あり(症状・診断名等:) ☐ 診断なし ☐ 保育園・幼稚園・すくすく子育て課など (指摘内容:)							
⑧	特別支援学級(わかくさ級)への在籍予定、または在籍を検討されていますか。 ☐ はい ☐ いいえ							
⑨	その他、心配ごとやキンダーで配慮してほしいことはありますか。 ☐ はい → → → ☐ いいえ							

申請書類や面接の様子で気になることがあった場合に、通園している幼稚園・保育園などにお子さまの様子を直接お聞きすることがありますので、連絡先を忘れずご記入ください。

就労(内定)証明書

【事業所記載】

就労者氏名	
就労者住所	大和市
就労場所の 名称及び所在地 (営業所名等)	名称: 所在地: 電話: ()
就労年月日	年 月 日から ☐ 採用 ☐ 採用予定 ☐ 入所決定次第採用 ☐ 育休等復帰予定 (月 日) ☐ 療養中及び復帰予定 (月 日)
就労区分	☐ 正社員 ☐ 契約社員 ☐ 派遣社員 ☐ パート・アルバイト ☐ その他() ☐ 自営 ※個人事業主の方につきましては、納税証明書や開業届など 事業開始の事実を証明する書類を提出してください。
仕事の内容及び職	
通勤方法	☐ 電車 ☐ バス ☐ 自家用車 ☐ 自転車 ☐ 徒歩 ☐ その他()
通勤時間	片道 分
就労状況 ※勤務の合計時間には 休憩時間を含みます。	就労日数 週 日 (月間平均就労日数: 日) 平日 時 分 ~ 時 分、計 時間 分 土曜 時 分 ~ 時 分、計 時間 分 日曜 時 分 ~ 時 分、計 時間 分 ☐ 日曜日 ☐ 祝日 ☐ 土曜日(毎週土曜日・第1,2,3,4,5土曜日) ☐ 不定休(※シフト制勤務等(※シフト表提出)) 休日・休業日 ※の勤の休等の勤務、夜勤を伴う勤務につきましても、休日の曜日が固定ではないため、 変則勤務に該当します。直近2か月分のシフト表の写しの提出が必要です。 ☐ その他()
上記の者は、当事業所に就労していることを証明します。 社会福祉法人 幸童の会 理事長 林カツミ あて 事業所名 _____ 所在地 _____ 電 話 _____ 代表者名 _____ 印 記入者(問い合わせ先)名 _____ (印)	

2025年度版

2026年度版は10/27に差し替える

事業所様へ この証明書は貴社の就労者がお子さんの学童保育クラブ WARABE キンダーハウス
入所申請のために使用するものです。

- 注1 保護者が事業所に提出し、記載してもらってください。
注2 この証明書の訂正は、代表者印で訂正してください。
注3 事実と相違した場合は、入会を取り消すことがあります。
注4 この証明書は、証明日から6か月間有効です。

学童保育クラブ WARABE キンダーハウスの利用に関する同意書

理事長 林カツミ あて

	事 項
1	WARABE キンダーハウスは、子どもたち一人ひとりの「できる」「できない」を共に尊重し、仲間と切磋琢磨しながら成長していける環境づくりを理念としています。その中で、互いを認め合い、支え合う経験を通して、思いやりと自立心を育むことを大切にしています。この理念を理解し、これに賛同したうえで、本クラブを利用すること。
2	児童の健全育成のため、必要に応じ、保育園、学校及び関係機関と児童の生活状況等に関し、情報交換や情報共有を図ること。
3	医療行為を必要とする児童は入所できないこと。(WARABEキンダーハウスは集団生活の場であり、個別に児童の保育をすることはできません。)
4	クラブでの生活の様子により、必要に応じ、今後の保育の進め方についてご相談させていただく場合があること。(集団登所も含む)
5	お迎え時間を継続的に超過する場合や、育成料を1ヶ月以上にわたり滞納した場合には、入所承認を取り消すことがあること。
6	集団における指導が困難と認められる場合や保護者・児童にかかわらず、当クラブのルールが守れず、迷惑な行為を繰り返し行い、改善の意思が見られない場合は、入所承認が取り消される場合があること。
7	各自の責任で車送迎を利用すること。また、車送迎を利用する場合は安全のためにルールを厳守すること。 尚、近隣環境の変化に伴い、車送迎ができなくなる場合があること。 ※当クラブでは車送迎における事故や盗難等のトラブルにつきましては一切責任を負いません。
8	申請書類等に重大な不備不足があった場合や虚偽の申請があった場合は、入所承認が取り消される場合があること。
9	新規入所者対象の入所説明会は実施いたしません。 入所のしおりを一読いただき、内容を理解した上で利用をすること。 ※入所承認通知書送付後に「入所のしおり(PDF版)」をメールにて送信します。
10	WARABE キンダーハウスからのお知らせはメールを活用します。メールの必要性を理解し、登録すること。 また、お知らせのメールは必ず確認をすること。
11	学校登校日は学年ごとの登所チームでキンダーハウスまで帰ってきます。集団登所ルールを理解し、厳守すること。また、特別支援学級に在籍している等、特別に支援が必要な児童については、ご相談の上、個別の対応をお願いする場合があります。
12	食物アレルギーを有する場合は、必要書類を期日までに必ず提出すること。また、書類に不備・不足がある場合は、食べ物(おやつを含む)の提供を一切できないこと。 キャンプ等の行事で食べ物を提供する機会がありますが、全てのアレルギーに対応することは困難なため、内容によっては提供できない場合があり、ご家庭にて代替食をご用意いただく場合があること。

学童保育クラブ WARABE キンダーハウスの利用にあたり申請者及び同居する家族が、全ての事項について確認し、同意いたしました。

年 月 日

申請者(自署)氏名

印

ふりがな		性別
児童名		男 ・ 女

以下の質問にお答えください。

Q1	キンダーハウス以外の学童を申請していますか？(予定も含む)	☐ はい ☐ いいえ
	「はい」とお答えになった方のみ	①該当する学童クラブにチェックを入れてください。 ☐ 放課後児童クラブ ☐ ハッピーキッズ ☐ レインボークラブ ☐ その他()
		②キンダーハウスの 志望順位は何位ですか？ 位
Q2	キンダーハウスを希望する理由を教えてください。	
Q3	お子さまの性格等について教えてください。	長所
		短所
Q4	お子さまの遊び等について教えてください。	得意なこと(好きなこと)
		苦手なこと(嫌いなこと)

Q5	ご家庭での教育方針を教えてください。 (子育てで大切にしていることなど)			
Q6	現在、習い事はされていますか？ (入学後の予定も含めて)	☐ はい ☐ いいえ		
	「はい」とお答えになった方のみ			
	現在(または入学後に予定されているもの)、通っている習い事をすべてご記入ください。			
	習い事(教室名等)	曜日	時間帯	主な送迎者
			: ~ :	
		: ~ :		
		: ~ :		
		: ~ :		
Q7	お子さまの状況や家庭の事情等でキンダー ーに知っておいてほしいことがあればご 記入ください。			
Q8	質問等があればご記入ください。 ※できるだけ詳しくお願いします。			

施設記入欄

WARABEキンダーハウス
食物アレルギーに関する調査票

記入日：年 月 日

保護者名：印

(該当する項目に✓印をつけてください。)

児童名			
診断書 (有・無)	診断名：		
	発症時期：年 月頃 (歳 ヶ月頃)		
	医療機関名：		電話番号：
	主治医名：		
かかりつけ 医療機関		電話 番号	
担当医			
原因食物	☐ 卵 ☐ 乳 ☐ 小麦 ☐ 落花生 ☐ 大豆 ☐ そば ☐ えび ☐ かに ☐ その他()		
原因食物を 摂取後に 起こる症状	食物名	具体的な症状	
		☐ 不明 ☐ ある ショック・呼吸困難・咳・嘔吐・じんましん・湿疹・かゆみ その他()	
		☐ 不明 ☐ ある ショック・呼吸困難・咳・嘔吐・じんましん・湿疹・かゆみ その他()	
		☐ 不明 ☐ ある ショック・呼吸困難・咳・嘔吐・じんましん・湿疹・かゆみ その他()	
	アナフィラキシーの既往症 ☐ あり(原因食物：) ☐ なし 発症年月日：年 月 日 発症時の治療について： 発症後の経過について：		
	緊急時の対応		
処方薬	内服薬	☐ なし	☐ あり(薬剤名：)
	外用薬	☐ なし	☐ あり(薬剤名：)
	アドレナリン自己注射薬	☐ なし	☐ あり
受診間隔	☐ 3ヶ月 ☐ 6ヶ月 ☐ 12ヶ月 ☐ 未定 最近の受診日(年 月 日)		
緊急連絡先	① (自宅・携帯・職場／続柄：)		
	② (自宅・携帯・職場／続柄：)		
	③ (自宅・携帯・職場／続柄：)		
その他 連絡事項			