

すまいるスクール利用登録書兼利用児童状況票

品川区長 あて

区処理欄	利用開始月	月	1	入力日	区分	口座	減免
	開始時利用区分		2				

次のとおり、すまいるスクールの利用の登録をします。

保護者 (届出者)	住所	〒 アパート・マンション名も記入してください					
	フリガナ氏名			電話番号			
利用児童	フリガナ氏名	男・女		生年月日		年 月 日	
	学校名・学年	小学校 年生 学園 (2019年度)		すまいる スクール名		すまいるスクール	

児童の状況							
氏名	続柄	緊急連絡先順位	就労	緊急連絡先および勤務先等			
同居の家族 *全員を記入	フリガナ			有・無	緊急連絡先電話番号		
					勤務先等	名称	
						所在地	
						電話番号	
						曜日・時間	
	フリガナ			有・無	緊急連絡先電話番号		
					勤務先等	名称	
						所在地	
						電話番号	
						曜日・時間	
	フリガナ			有・無	緊急連絡先電話番号		
					勤務先等	名称	
						所在地	
						電話番号	
						曜日・時間	
	フリガナ			有・無	緊急連絡先電話番号		
					勤務先等	名称	
						所在地	
						電話番号	
						曜日・時間	
同居以外の家族等 *注	フリガナ			有・無	緊急連絡先電話番号		
					勤務先等	名称	
						所在地	
						電話番号	
						曜日・時間	

*注 同居以外の家族等に緊急連絡・引き渡しを希望される方は、記入してください。裏面も記入してください。

(裏)

利用児童の健康状況等	平熱	℃	血液型	型								
	利用時に配慮が必要なこと	利用上、特に配慮を要することはありますか (有・無) 【特に配慮を要すること(具体的に)】 就学相談・巡回相談を受けられましたか (はい・いいえ) ※必要に応じ、就学先の先生と指導に関する情報共有を行う場合があります。 ※1年生の方のみ就学前に通っていた施設名を記入してください。 () 保育園・幼稚園・他										
	保険の種別	<input type="checkbox"/> 国保	保険者の名称									
		<input type="checkbox"/> 健保(社保)	保険証の記号および番号									
		<input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> その他	保険者番号									
	品川区子どもすこやか医療証		負担者番号	8	8	1	3	5	0	9	0	
	*受給者番号は就学前と同一です。現在の医療証の受給者番号を記入してください。		受給者番号									
	かかりつけ医療機関	1	名称									
			電話番号									
			所在地									
休診日等												
2		名称										
		電話番号										
		所在地										
		休診日等										
3		名称										
		電話番号										
		所在地										
		休診日等										
特定疾患	病名											
	医療機関	名称										
		電話番号										
主治医												
備考												

以下は子ども育成課・すまいるスクール使用欄です。記入しないでください。

書類 確認欄	延長	口座	アレルギー	減免	税証明	受付処理欄	受付日		メモ欄
							すまいる スクール名		
							受付者		