

第1号様式(第4条関係)

令和 年 月 日

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

				入力日	区分	口座	減免
区処理欄	利用開始月	月	1				
	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 (届出申込者)	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			電話番号				
	氏名							
利用児童	フリガナ			生年月日	平成	年	月	日
	氏名	男・女						
	学校名・学年	小学校 学園	年生(令和3年度)	すまいる スクール名	すまいるスクール()			

品川区すまいるスクールの実施に関する条例を遵守して利用します。

同居の家族(利用児童を除く全員を記入)

氏名	続柄	就労	日中の連絡先				
フリガナ		有・無	日中の 連絡先	名称(学年)			
				所在地			
				電話番号			
				曜日・時間			
フリガナ		有・無	日中の 連絡先	名称(学年)			
				所在地			
				電話番号			
				曜日・時間			
フリガナ		有・無	日中の 連絡先	名称(学年)			
				所在地			
				電話番号			
				曜日・時間			
フリガナ		有・無	日中の 連絡先	名称(学年)			
				所在地			
				電話番号			
				曜日・時間			
フリガナ		有・無	日中の 連絡先	名称(学年)			
				所在地			
				電話番号			
				曜日・時間			

同居以外の家族等(緊急時の引き渡しを希望する方)

フリガナ	続柄	就労	日中の 連絡先	住所 (所在地)	
		有・無		電話番号	

緊急連絡先 (父携帯、母職場、自宅等)

優先順位	緊急連絡先	電話番号	優先順位	緊急連絡先	電話番号
1			4		
2			5		
3			6		

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 (あり・なし)

「あり」の場合、具体的に記入してください。

○すまいるスクールでの面談を希望しますか (はい・いいえ)

○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(該当する保険に☑をしてください)

<input type="checkbox"/> 国民健康保険	<input type="checkbox"/> 健保(社保)	<input type="checkbox"/> 共済組合	<input type="checkbox"/> その他()
保険者の名称	個人名ではなく運営主体の名称	保険証の記号・番号	
		保険者番号	

品川区子どもすこやか医療証(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。)

負担者番号	8	8	1	3	5	0	9	0	受給者番号									
-------	---	---	---	---	---	---	---	---	-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

かかりつけ医療機関(特に、眼科・歯科・外科・整形外科のかかりつけ医を記入してください。)

名称		電話番号	
所在地		休診日等	
名称		電話番号	
所在地		休診日等	
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		