

記入例

(表)

第1号様式(第4条関係)

令和 〇年 〇月 〇日

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

次のとおり、すまいるスクールの利用の登録をします。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。

保護者 (届出・申込者)	住所	〒140-0005 アパート・マンション名も記入してください 品川区広町2-33-9 コーポHIROMACHI 701号室		
	フリガナ	オオイ ユリカ	電話番号	●●●-●●●●-●●●●
利用児童	氏名	大井 百合香	生年月日	平成 〇年 〇月 〇日
	フリガナ	オオイ ヒカル	氏名	大井 光 (男) 女
	学校名・学年	〇〇〇 小学校 1年生 学園 (令和6年度)	すまいる スクール名	すまいる スクール(〇〇〇)
				利用開始月 〇月から

家族 (利用児童を除く全員を記入)

氏名	続柄	就労	勤務先・学校等(日中の連絡先)	
フリガナ オオイ ユリカ 大井 百合香	母	有・無	名称(学年)	(株) ジャイニー
			所在地	港区港南6-5-4
			電話番号	●●-●●●●-●●●●
			曜日・時間	9時~17時30 (土日休み)
フリガナ オオイ イチロウ 大井 一朗	父	有・無	名称(学年)	(株) スマイル自動車
			所在地	文京区後楽6-4-18
			電話番号	●●-●●●●-●●●●
			曜日・時間	9時30分~18時 (土日休み)
フリガナ オオイ ヒロシ 大井 博	兄	有・無	名称(学年)	〇〇中学校 1年生
			所在地	
			電話番号	
			曜日・時間	
フリガナ オオイ サツキ 大井 隼	姉	有・無	名称(学年)	〇〇小学校 4年生
			所在地	
			電話番号	
			曜日・時間	
フリガナ オオイ カエデ 大井 楓	妹	有・無	名称(学年)	〇〇保育園 年長
			所在地	
			電話番号	
			曜日・時間	

緊急連絡先及び緊急時に児童を引き渡す方 【例:品川 太郎(父) 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇】

優先順	氏名(続柄)	電話番号	優先順	氏名(続柄)	電話番号
1	大井百合香(母携帯)	●●●-●●●●-●●●●	4	大井一朗(父会社)	●●●●-●●●●
2	大井百合香(母会社)	●●●●-●●●●	5	戸越三吉(祖父携帯)	●●●-●●●●-●●●●
3	大井一朗(父携帯)	●●●-●●●●-●●●●	6	戸越小春(祖母携帯)	●●●-●●●●-●●●●

※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。

受付処理欄	受付番号	延	口	減	税	ア	利用開始月	区	入	区	口	減
	受付日	こちらの欄は記入しないでください。										
	すまいるスクール											
	受付者	2										

※ 裏面も記入してください

記入例

(裏)

利用児童の健康状況等

氏名	大井 光	平熱	36.2℃	血液型	A型
----	------	----	-------	-----	----

利用時に配慮が必要なこと あり・なし)

○配慮が必要な場合は具体的に内容を記入してください (健康面、生活面等)

おともだちに自分の気持ちをうまく伝えられず、トラブルになることが多いです。
猫、卵アレルギーがあります。

○上記の内容に関して、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

○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

かかりつけ医療機関

(整形外科・歯科等 かかりつけ医があれば記入してください。無ければ空欄で結構です。)

名称	榎の木中央病院 (整形外科)	電話番号	●●●●-●●●●
所在地	品川区西品川4-8-12 3階	休診日等	木・土PM・日祝
名称	カモメ歯科医院 (歯科)	電話番号	●●●●-●●●●
所在地	品川区東中延3-2-1	休診日等	水・土PM・日祝

特定疾患

病名		
医療機関	名称	<div style="border: 2px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; text-align: center;"> 特定の疾患があり、緊急時主治医に連絡を取る必要がある場合は記入してください。 </div>
	電話番号	
備考		

緊急時の引き渡しを希望する方 (表面記載者を除く、ご家族以外の親族や知人など)

氏名	続柄	連絡先	
フリガナ オオイリュウノスケ 大井 龍之介	祖父	住所 (所在地)	品川区八潮5-10-15
		電話番号	●●●-●●●●-●●●●
フリガナ フタバ トヨコ 双葉 豊子	母友人	住所 (所在地)	品川区東品川6-4-2
		電話番号	●●●-●●●●-●●●●

記入例

令和 ●年 ●●月 ●●日

6

すまいるスクール 食物アレルギーに関する調査票 〈全員提出してください〉

すまいるスクールにおいてアレルギー対応が必要な場合は、学校生活管理指導表アレルギー疾患用(コピー可) または診断書の提出が必要です。

すまいるスクール(●●●) (1)年生 [令和6年度]	フリガナ	オオイ ヒカル
	児童氏名	大井 光
	生年月日	平成 ●●年 ●●月 ●●日生 (男・女)
食物アレルギーはありますか？		<input type="checkbox"/> なし → 「なし」の場合は、以下回答不要です。 <input checked="" type="checkbox"/> あり



「あり」の場合は、以下の欄に記入してください。

すまいるスクールの活動で、配慮を要することはありますか。 (昼食時の席、工作教室やクッキング、間食(B・C登録)など) *「あり」の場合は、担当指導員が面接や電話で確認させていただきます。	<input checked="" type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり
医療機関でアレルギー検査を受けた日	平成 ●●年 ●●月 ●●日 / 検査をしていない
アレルゲン(摂取できない食べ物)	小麦粉
症状(食べるとどうなるか)	皮膚にじんましん、かゆみ、赤みが出る。まれに嘔吐の場合あり。
主治医の指導内容	現時点では特に強い症状は出していないが、様子を見るため、小麦粉が含まれるものは食さないこと。
アナフィラキシーショックの経験(年齢、原因、症状等を記入してください)	<input checked="" type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり []
医薬品やアドレナリン自己注射薬(エピペン)について	<input type="checkbox"/> なし ・ <input checked="" type="checkbox"/> あり → 「あり」の場合、該当するものに☑をして、必要事項を記入してください。 <input checked="" type="checkbox"/> エピペン <input type="checkbox"/> 内服薬() <input type="checkbox"/> その他()
救急車を要請するタイミング(どんな状態になったら要請するか)	嘔吐をした場合
かかりつけ医療機関	病院名 江戸大学病院(アレルギー科) TEL ●●-●●●●-●●●● 主治医名 徳川信夫
以下の事項をよく読み、同意する場合は☑をして、署名をしてください。	
<input type="checkbox"/> 児童の安全と。 <input type="checkbox"/> エピペンを指導員が携 <input type="checkbox"/> エピペンをすまいるスクールに預ける場合は、別紙「預かり依頼書」を提出すること。 <input type="checkbox"/> アレルギー対応が必要なくなった場合は、別紙「対応解除届出書」を提出すること。	ール内で共有するこ すまいるスクール
<div style="border: 2px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p>「<input checked="" type="checkbox"/>」「保護者署名」「緊急連絡先」の 漏れがないようにしてください。</p> </div>	
記入日 令和 ●年 ●●月 ●●日 保護者署名: 大井百合香 緊急連絡先: ●●-●●●●-●●●●	
*緊急連絡先は、確実につながる電話番号を記入してください。	

すまいるスクール面談時 こちらの欄は記入しないでください。

記入例

令和 ●年 ●●月 ●●日

すまいるスクール時間延長利用申請書

品川区長 あて

すまいるスクールの延長時間の利用について、次のとおり申請します。
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。

保護者 (申請者)	住所	〒140-0005 アパート・マンション名も記入してください 品川区広町2-33-9 コーポHIROMACHI 701号室		
	フリガナ 氏名	オオイ ユリカ 大井 百合香	電話番号	●●-●●●●-●●●●
利用児童	フリガナ 氏名	オオイ ヒカル 大井 光 (男)女	生年月日	平成●●年●●月●●日
	学校名・学年	●●●● 小学校 1年生 (令和6年度)	すまいる スクール名	すまいるスクール(●●●●)
登録区分		<input type="checkbox"/> 午後6時まで (B登録) <input checked="" type="checkbox"/> 午後7時まで (C登録)		
延長を開始したい月		令和 ●年 ●●月から		
間食の提供		<input checked="" type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない		

時間延長利用時の間食提供の希望の有無に☑をしてください。

保護者の状況				
フリガナ 氏名	オオイ イチロウ 大井 一朗	児童との続柄 (父)	オオイ ユリカ 大井 百合香	児童との続柄 (母)
申請理由	(就労) 疾病・心身障害・就学等 看護・介護・その他()		(就労) 疾病・心身障害・就学等 看護・介護・その他()	
就労	勤務先	(株)スマイル自動車		(株)シャイニー
	所在地	文京区後楽6-4-18		港区港南6-5-4
	電話番号	●●-●●●●-●●●●		●●-●●●●-●●●●
	就労日数	週 5日/週 40時間勤務		週 5日/週 40時間勤務
	休日	(日曜日) (土曜日) その他()		(日曜日) 土曜日 その他(月~土のうち1日)
勤務時間	平日 9時30分~18時00分 土曜日 時 分~時 分 不規則()		平日 9時00分~17時30分 土曜日 9時00分~17時30分 不規則(在宅勤務)	
疾病	病名	申請理由が「疾病」の場合、この欄に病名やその状況を記入してください。		
	状況	入院・自宅療養・通院(週 回)		入院・自宅療養・通院(週 回)
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。

受付 処理欄	延長 開始月	すまいる	受付 番号	追一
-----------	-----------	------	----------	----

こちらの欄は記入しないでください。

記入例

令和 ●●年●●月●●日

すまいるスクール利用料減額・免除申請書

品川区長 あて

すまいるスクールの利用料の減額・免除について、次のことに同意します。

- ・審査にあたり、区が保有する住民基本台帳等を利用すること。
- ・利用料の返金が発生した場合、引き落としした口座に返金すること。
- ・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すること。

保護者 (申請者)	住所	〒 140-0005 アパート・マンション名も記入してください 品川区広町2-33-9 コーポHIROMACHI 701号室		
	フリガナ 氏名	オオイ ユリカ 大井百合香	電話番号	●●-●●●●-●●●●
利用児童	フリガナ 氏名	オオイ ヒカル 大井 光	児童との続柄	母
	学校名・学年	●●● 小学校 / 1年生 学園 (令和6年度)	すまいる スクール名	すまいるスクール (●●●)
	生年月日	平成 ●●年 ●●月 ●●日		
減額・免除を受けたい月		令和 ●●年 ●●月から		
申請理由		<p style="text-align: center;">該当する番号を○で囲んでください。</p> <p><減額> ① 生計を一にする世帯に小学生の児童が2人以上いる。 (小学校に在籍する一番上の子どもは該当しません)</p> <p><免除> 2 生活保護受給世帯 利用児童が属する世帯が生活保護受給世帯である。</p> <p>3 住民税非課税世帯または均等割のみ課税世帯 利用児童の属する世帯が住民税非課税世帯または均等割のみ課税世帯(4月から8月までの月分の利用料にあつては、前年度分の住民税とする。)である。 ※当該年度および前年度の住民税課税地が品川区以外である場合、住民税非課税もしくは課税証明書を添付してください。</p> <p>④ 就学援助を受給している児童がいる(受給児童のみ対象) 利用児童の保護者が就学援助受給者である。</p>		

該当する番号が複数ある場合は、全てを○で囲んでください。

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。

受付 処理欄	登録 区分	こちらの欄は記入しないでください。		受付 番号	追一
-----------	----------	-------------------	--	----------	----