

(裏)

利用児童の健康状況等

氏名

大井 光

平熱

36.2℃

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、食物以外のアレルギー等)

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、すまいるスクール利用前に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	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。
	電話番号	
備考		

同居家族以外で緊急時の引き渡しを希望する方(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

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。

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	生年月日	平成●●年 ●月●●日
	学校名(●●● 小学校)	● 年生 (令和7年度)	すまいる スクール名	すまいるスクール (●●●)
登録区分	<input checked="" type="checkbox"/> 午後6時まで (B登録) <input 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	大井一郎 児童との続柄 (父)	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 状況 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">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。</div> (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	月	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">こちらの欄は記入しないでください。</div>	受付 番号	追一
	すまいるスクール名			あり	なし

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。

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	生年月日	平成●●年●●月●●日
	学校名 (●●● 小学校)	●● 年生 (令和7年度)	すまいる スクール名	すまいるスクール (●●●)
減額・免除を受けたい月		令和 ●年 ●●月から		
		<p>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	延長 開始月	月	受付日	受付 番号	追一
	すまいるスクール			こちらの欄は記入しないでください。	