

一宮町放課後児童健全育成事業実施要綱の一部を改正する要綱を次のように定める。

令和 6 年 7 月 1 日

一宮町長

馬淵昌也



一宮町要綱第 55 号

一宮町放課後児童健全育成事業実施要綱の一部を改正する要綱

一宮町放課後児童健全育成事業実施要綱（平成17年一宮町要綱第1号）の一部を次のように改正する。

別表第2（第24条関係）中「500円」を「400円」、「1,000円」を「900円」に改める。

別記第1号様式（第9条関係）を次のように改める。

附 則

この要綱は、令和6年7月1日から施行する。

一宮町放課後児童健全育成事業実施要綱の一部を改正する要綱

一宮町放課後児童健全育成事業実施要綱（平成17年一宮町要綱第1号）の一部を次のように改正する。

別表第2（第24条関係）中「500円」を「400円」、「1,000円」を「900円」に改める。

別記第1号様式（第9条関係）を次のように改める。

附 則

この要綱は、令和6年7月1日から施行する。

一宮町放課後児童健全育成事業実施要綱（平成17年一宮町要綱第1号）新旧対照表

現行

別表第2（第24条関係）		利用料1日当たり
生活保護法（昭和25年法律144号）による被保護世帯 上記以外の世帯	利用区分	
放課後から午後6時30分まで（土曜日、学校の長期休業日及び学校行事による代休日等を除く）		0円
午前7時30分から午後6時30分まで（土曜日、学校の長期休業日及び学校行事による代休日等に限る）		500円
		1,000円

別記第1号様式（第9条関係）
（略）

改正後（案）

別表第2（第24条関係）		利用料1日当たり
生活保護法（昭和25年法律144号）による被保護世帯 上記以外の世帯	利用区分	
放課後から午後6時30分まで（土曜日、学校の長期休業日及び学校行事による代休日等を除く）		0円
午前7時30分から午後6時30分まで（土曜日、学校の長期休業日及び学校行事による代休日等に限る）		400円
		900円

別記第1号様式（第9条関係）
（略）

放課後児童健全育成事業利用申込書

年 月 日

一宮町長 様

住 所
保護者名
電話番号 ()

次の児童の学童保育所の利用について、関係書類を添えて申請します。

フリガナ		男	利用開始希望年月
児童氏名		・	年 月
生年月日	年 月 日	女	小学校 年 組

次の世帯区分のうち、該当する番号を○で囲んでください。

番号	世帯区分	備考 (必要添付書類など)
1	生活保護法による被保護世帯	生活保護受給証明書
2	母子・父子家庭の世帯	利用料減額・免除申請書
3	2人以上の児童の利用を希望する世帯	上記以外の利用児童がいる場合、家族等状況欄 (勤務先) に「学童保育所」と記入。
4	上記区分以外の世帯	

希望利用区分 (希望する保育の番号を○で囲んで下さい)

1	月曜日から金曜日までの利用 (長期休業日含む)	4	冬季休業日の利用
2	月曜日から土曜日までの利用 (長期休業日含む)	5	学年末休業日の利用
3	夏季休業日の利用	6	学年始め休業日の利用

- 添付書類 1 保護者および同居・同一敷地内の親族の就労が証明できるもの
2 就労以外は申立書に状況がわかるものを添付

●申請にあたり、町が住民登録上の保護者および同居・同一敷地内親族及び申請書に記載した全員の『①住民基本台帳の閲覧、②その他審査に必要な諸状況の照会』について、同意します。

署名 (保護者名) _____

家族等状況（保護者および同居・同一敷地内の親族）

父	ふりがな 氏名			携帯電話	()	優先順位	
	生年月日	年	月	日 (歳)	勤務時間		時 分 ~ 時 分
	勤務先			勤務先電話	()		
	所在地			休日			
母	ふりがな 氏名			携帯電話	()	優先順位	
	生年月日	年	月	日 (歳)	勤務時間		時 分 ~ 時 分
	勤務先			勤務先電話	()		
	所在地			休日			
その他家族等状況	氏名	続柄	年齢	電話番号	勤務先 (学校名)	同居・別居	優先順位
児童の帰宅	主な送迎者			時間	時 分頃		

※日中に連絡がつく電話番号をご記入ください。(携帯番号及び職場の連絡先も必ずご記入ください。)

※緊急時、携帯にかけてつながらなかった場合には職場に連絡する場合がありますので、ご了承ください。優先順位欄には連絡する順番を数字で記入してください。

健康・生活状態申告欄

記入日	年	月	日	記入者氏名
<p>● 必ずご記入ください。利用を希望されるお子さんについてお聞きします。</p> <p>(1) 食事、排便、着脱衣、身辺整理等を自力で行うことができますか。【できる・できない】</p> <p>(2) 介助を求めることなく、集団生活を送ることができますか。【できる・できない】</p> <p>(3) 身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳をお持ちですか。【いいえ・はい】 身体障害者手帳 (級)、療育手帳 (程度)、精神障害者保健福祉手帳 (級)</p> <p>(4) 慢性疾患をお持ちですか。【いいえ・はい ()】</p> <p>(5) アレルギーをお持ちですか。【いいえ・はい ()】</p> <p>(6) 健康面や生活面で気になること、事前に伝えたいことなどありましたら、ご記入ください。</p>				
習い事			曜日	時 分 ~ 時 分
			曜日	時 分 ~ 時 分
主治医	病院名		住所	電話番号
	病院名		住所	電話番号