

令和7年度 放課後キッズプレイス 登録申請書

川西市教育委員会 宛

令和 年 月 日

申請者 (保護者)	フリガナ		続柄
	氏 名		
	住 所	〒 川西市	
	電話番号		

「放課後キッズプレイス」の事業趣旨、利用に関する注意事項について、理解した上で、利用登録を申請します。

利用開始月	令和 年 月	小学校名 (該当に○)	久代・桜が丘 小学校	学 年 (令和7年度)	年生
-------	--------	----------------	---------------	----------------	----

登録児童	フリガナ		性別	男 ・ 女	
	氏 名		生年月日	平成 年 月 日	

緊急時に連絡の取れる連絡先

緊急連絡先	①	フリガナ		続柄	電話番号	自宅・携帯・勤務先()
		氏名				
	②	フリガナ		続柄	電話番号	自宅・携帯・勤務先()
		氏名				
	③	フリガナ		続柄	電話番号	自宅・携帯・勤務先()
		氏名				

該当するものにチェック✓をしてください。

登下校時、付き添いによる送迎をされるご予定ですか (保護者または保護者の代理人(18歳以上)による送迎のみ可)	☐ はい(通年) ☐ はい(長期休業期間や11月～1月の冬季下校時など) ☐ いいえ ☐ 未定
アレルギーがありますか	☐ ない ☐ ある → 健康状況表の記入もお願いいたします。
持病がありますか	☐ ない ☐ ある → 健康状況表の記入もお願いいたします。
利用頻度(予定)	☐ 週5日(毎日) ☐ 週3～4回 ☐ 週2～3回 ☐ 週1～2回 ☐ 月数回程度 ☐ 未定
利用を希望する理由	☐ 留守家庭児童育成クラブ(以下、「育成クラブ」)を待機しているため ☐ 就労しているが、育成クラブの入所要件にあてはまらないため ☐ 育成クラブの入所要件にあてはまるが、利用日数が少ないため ☐ 育成クラブの入所要件にあてはまるが、保育の要素は重要視していないため ☐ 就労はしていないが、児童の放課後を充実させるため ☐ その他()

裏面を必ずご確認ください

【重要】「放課後キッズプレイス」利用に関する注意事項(同意書)

申込みにあたっては、すべての事項を確認の上、同意していただく必要があります。

以下の事項を確認のうえ、各項目のチェック欄にチェック✓を入れてください。

- ☐ 「放課後キッズプレイス」は児童がやりたいことを自分で決めて、何をして過ごすかは自由な放課後の居場所を提供する事業であり、「留守家庭児童育成クラブ」のようなお子さまの保育を目的とした事業ではありません。
- ☐ 児童の主体的な活動を見守る事業であり、児童一人ひとりへの個別の対応およびアレルギーや持病に関する配慮、対応も行うことができません。特別な支援や配慮が必要なお子さまであっても申し込みいただけますが、専属スタッフを配置する予定はありませんので、ご利用をいただく場合は事前にご相談ください。
- ☐ 利用可能時間は【授業のある日(平日)】は各学年の下校時刻～午後5時、【授業のない日(平日)】は午前8時～午後5時です。時間の延長はありません。終了時間までに、児童自身が退室または保護者によるお迎えが必要です。また、午前8時以前の入室もできません。なお、11月～1月(冬季休業終了まで)の間で日没が早い時期の帰宅については、午後4時30分での帰宅または午後5時までのお迎え(保護者または保護者の代理人(18歳以上))となります。
- ☐ 実施場所は、放課後キッズプレイス専用室ではないため、学校行事や授業の都合で、実施できない日や、場所・時間が変更になる場合があります。
- ☐ 当日の参加有無や、個別の帰宅時間の管理、帰宅時の付き添いや集団下校等の対応は行いません。保護者の方と児童であらかじめ話し合い、児童が理解した上、各家庭の責任で利用してください。
- ☐ 参加当日に参加カードを忘れた場合や、参加当日の日付の記入や保護者サインがされていない場合、保護者が「放課後キッズプレイス」を利用することについて、同意しているか把握できないため、利用はできません。
- ☐ 留守家庭児童育成クラブとの、重複登録はできません。利用申込みはできますが、キッズプレイスの利用が決定した場合、利用開始日までに育成クラブを退所していただくなど、どちらを利用するか選択をお願いします。
- ☐ 児童がスタッフの指示に従わず、「他の児童の利用を著しく妨げる行為を行った」または「運営に著しく支障をきたした」と市教育委員会が判断した場合は、以後のご利用をお断りする場合があります。
- ☐ 児童がケガをした場合は、軽度なケガであれば、簡単な応急処置は行いますが、ケガの状況により保護者の方へ連絡し、お迎えや病院への搬送をお願いすることがあります。なお、緊急を要する場合は、救急要請を行います。
- ☐ 緊急連絡先が変更になった場合は、必ず「放課後キッズプレイス」へ連絡してください。
- ☐ この申し込みによる利用登録期間は、利用開始月の1日から令和8年3月31日までです。利用の必要がなくなった場合は、各キッズプレイスまで連絡してください。なお、年度途中で利用を終了した場合においても保険料の返金はありません。
- ☐ 令和7年度は傷害等保険料として800円をご負担いただきます。
令和8年度以降については令和7年度の試行実施結果に基づき、事業の継続及び利用料の検討を行います。
- ☐ 利用許可を決定するため、必要な情報を、関係機関・学校に照会する場合があります。また、運営事業者へ申請者の情報を提供します。
- ☐ 定員を上回る申請があった場合は、学年等の状況を考慮し選考を行います。
- ☐ 保険料の納付が確認できない場合、虚偽の申請や申請時の状況と決定時の状況が異なることが判明した場合は、利用決定を取り消すことがあります。

同意日	令和 年 月 日	申請者(保護者)氏名	
-----	-------------------------	------------	--

健康状況表

(令和 年 月 日 現在)

【該当者のみ提出】

「放課後キッズプレイス」では、アレルギー・持病に関する、配慮・対応は基本的にはできません。
記載いただいた内容は、万が一、「放課後キッズプレイス」内でアナフィラキシー症状や持病等による症状が出た場合に、救急隊員や医療関係者等にいち早く情報を提供するために確認するものです。

小学校名 (該当に○)	久代 ・ 桜が丘 小学校	学年 (令和7年度)	年生
----------------	-------------------	---------------	----

登録児童	フリガナ		性別	男 ・ 女
	氏名		生年月日	平成 年 月 日

緊急時、救急隊員や医療関係者等に、記載内容について
情報提供することに同意します。

保護者
氏名

【アレルギーについて】
エピペン®の使用などアレルギー対応に関する個別対応は基本的にはできませんので、お弁当のおかず交換はしない等、日頃からご家庭で指導をお願いします。

原因となるもの	
症状の内容や発生したときの対応	
エピペン®の所持	☐ なし ☐ あり（保管場所： ）
医療機関からの指示など	
かかりつけ医療機関名	
かかりつけ医療機関電話番号	

【持病について】
持病に関する服薬管理等の個別対応はできませんので、あらかじめご了承ください。

持病の症状	
発症したときの対応	
医療機関からの指示など	
日常的に服用している薬	☐ なし ☐ あり（薬名： ）
かかりつけ医療機関名	
かかりつけ医療機関電話番号	