桂川町学童保育所入所ご案内（２０１９年度）

学童保育所は、保護者が就業または疾病等により、放課後保育を必要とする家庭の児童に対し、安全の確保、健全育成を図るための施設です。

桂川小学校、桂川東小学校の敷地内、桂寿苑で学童保育所事業を行っています。入所を希望される方は、下記のとおり申し込みをお願いいたします。

１．対　　象　２０１９年度に桂川町の小学校に在籍する１年生から６年生で、保護者が就労や疾病、介護等、またその他の理由により家庭での適切な保育が受けられない児童。

２．募集人数（定員）

桂川学童保育所（桂川小敷地内及び桂寿苑）　　220名

（桂川学童℡65－4480　桂寿苑℡65－1600）

桂川東学童保育所（桂川東小敷地内℡62－5581）　　50名

３．受付期間　２０１９年1月８日（火）～２５日（金）

※期間後の申し込みは、待機となります。

４．夏休みのみの利用受付予定

２０１９年6月３日（月）～２１日（金）**（定員に達していない場合のみ受付）**

※希望者は別の申込用紙となり、詳細は「広報けいせん５月号」に掲載予定です。

５．受付場所　桂川町社会福祉協議会（いきいきセンター桂寿苑内）

※土・日・祝日を除く８時３０分～１７時１５分まで

各学童保育所（期間内のみ受付）

※日・祝日を除く１４時から１８時３０分まで

※土曜日は８時～１８時３０分まで

６．入所期間　２０１９年4月１日～２０２０年3月３１日まで

７．保育時間　平日　　下校時～１８時３０分

土曜日、学校の振替休日、春夏冬休み　　８時００分～１８時３０分

（日曜、祝日、年末年始は休み）

８．費用負担　利用料　子ども一人　４,０００円／月（二人目以降２,５００円／月）

夏休みのみの利用料　子ども一人　６，０００円（二人目以降３,７５０円）

傷害保険料一部負担金　　一人　８００円／年

その他、保護者会費１，５００円／年とおやつ代等１，５００／月

（日曜、祝日、年末年始は休み）

９．減免制度　生活保護世帯及び前年度の市町村民税非課税世帯に属する児童が学童保育所を利用した場合、申請により利用料が減免

10．提出書類　①入所申込書　　②勤務・就労証明書　　③健康管理カード　　④同意書

⑤利用料の自動払込利用申込書（ゆうちょ銀行指定）（在所児がいる場合は不要）

※⑤の自動払込利用申込書は記入押印し、該当通帳と印鑑を持参して最寄のゆうちょ銀行窓口に提出してください。手続き完了後受理した「お客さま控え」のみが提出書類となります。

※全ての書類を添えて申し込みをしてください。不備があると受理できません。

●問合せ先　桂川町社会福祉協議会（電話　65-2271）

桂川町学童保育所実施要領（２０１９年度）

1　説明会の開催について

保護者に対する説明会については、後日通知しますので、必ず出席をお願いします。

2　保育時間について

（１）平日は、下校時～18 時 30 分までです。

（２）土曜日・学校振替休日・春夏冬休みは、8 時～18 時 30 分までですが、9 時までには登所をお願いします。

3　土曜日の保育について

保護者が勤務（就労）している児童のみ受け入れます。保護者が休みの時は、家庭でお子様とのふれあいを大切にしてください。

4　閉所について

（１）日曜日・祝日・年末年始（12 月 29 日～1 月 3 日）は、休みです。

（２）インフルエンザなどの学級閉鎖時は、学校の対応に準じて休みとします。

（３）台風など緊急災害時の対応は、学童から連絡をします。

5　一日保育及び給食のない日について

一日保育の時は、お弁当と水筒、学習道具を持参させてください。

6　利用料について

（１）通年利用は、子ども一人月 4,000 円、二人目以降は一人 2,500 円です。

※生活保護世帯及び前年度の市町村民税非課税世帯に属する児童が学童保育所を利用した場合、申請により利用料が減免になります。

（２）夏休みのみの利用は、子ども一人 6,000 円、二人目以降は 3,750 円です。

（３）ゆうちょ銀行口座振替で、振替日は毎月 20 日、再振替は 27 日（土・日・祝日の場合は翌営業日）です。

（４）残高不足で振替できなかった時は、保護者が銀行振り込みで、ゆうちょ銀行の指定口座に振り込んでください。振込手数料は保護者の負担です（やむを得ない場合は社会福祉協議会の窓口でも受け付けます）。

（５）3ヵ月分滞納した場合は、退所していただく場合もあります。退所しても未納の利用料はお支払をお願いします。完納し定員に余裕があれば再入所を検討いたします。

7　その他費用について

（１）傷害保険料一部負担金一人 800 円／年です。

（２）保護者会に関する費用として、保護者会費一人 1,500 円／年、
おやつ代一人 1,500 円／月が必要です。

8　途中退所について

１年間の入所が原則ですが、途中で退所する場合は「学童保育所退所届」の提出が必要です。また、その月の利用料は全額のお支払いをお願いします。

9　ケガ・病気への措置と傷害保険について

（１）学童で児童がケガ・病気になった場合、学童支援員が応急処置し、医師の治療が必要な場合は原則として保護者に連絡の上、支援員が判断した医療機関で受診治療いたします。

（２）ケガをした場合は学童が加入している「児童クラブ共済制度」の給付をもって処理いたします。

「児童クラブ共済制度」の年間保険料は年額 1,800 円で、保護者負担は 800 円です。

様式第1号（第4条関係）

年度　桂川町学童保育所入所申込書

年　　月　　日

桂川町長　様

学童保育所を利用したいので次のとおり申請します。
学童保育所の入所申込及び利用中において、町が就労状況及び世帯状況を調査並びに確認すること及び幼稚園、保育所、小学校、児童福祉施設等の地域関係機関との間で当該児童に関する情報を共有することに同意します。

（　桂川　・　桂川東　）　学童保育所への入所を申し込みます。（どちらかに○）

申込児童の氏名	①	ふりがな	性別	生年月日/学年
			男・女	年　月　日 （新　年生）
		※新１年生のみ就学前に通っていた幼稚園、保育所（園）等の名称（　　）		
	②	ふりがな	性別	生年月日/学年
			男・女	年　月　日 （新　年生）
		※新１年生のみ就学前に通っていた幼稚園、保育所（園）等の名称（　　）		
	③	ふりがな	性別	生年月日/学年
			男・女	年　月　日 （新　年生）
		※新１年生のみ就学前に通っていた幼稚園、保育所（園）等の名称（　　）		

保護者氏名	ふりがな	電　話	
	印		
住所	〒 （集合住宅の場合は、建物名、棟番号、部屋番号も記入ください。）	行政区	

世帯全員の状況	氏 名（上記申込児童を除く）	児童との続柄	勤務先・学校学年・保育所等	携帯電話番号

土曜保育	１．欠席　　２．毎週出席　　３．時々出席（その都度必ず学童に連絡が必要） （土曜日に保護者が勤務・就労している家庭の児童が対象です）

緊急連絡先			
①	ふりがな		電　話
	連絡先　　（続柄　　）		携帯・自宅・勤務先
②	ふりがな		電　話
	連絡先　　（続柄　　）		携帯・自宅・勤務先
③	ふりがな		電　話
	連絡先　　（続柄　　）		携帯・自宅・勤務先

※緊急連絡先は優先順位の高いものから、必ず３ヵ所記入してください。
※職場でも構いません。
※記入いただいた個人情報は、学童保育所事業の目的にのみ利用します。

勤務・就労証明書

児童名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　申請者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　生年月日　S・H　年　月　日

勤務地から学童保育所まで　片道約（　　）ｷﾛﾒｰﾄﾙ　所要時間約（　）時間（　）分

桂川町学童保育所入所申込に必要なため、証明をお願いします。

1．勤務している方

採用年月日	年　月　日					
勤務日数	月平均　日					
勤務時間	平日	時	分	～	時	分
	土曜日	時	分	～	時	分

上記申請者は、現在当社に勤務していることを証明します。

平成　年　月　日

事業所所在地＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

事業所名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代表者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

勤務先が上記事業所と異なる場合のみ、下記にも記入してください。

勤務先所在地＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

事業所名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

2．自営業や農業等に従事、自宅で内職等をしている方

事業等の内容						
就労日数	月平均　日					
就労時間	平日	時	分	～	時	分
	土曜日	時	分	～	時	分

上記のとおり相違ないことを証明します。

平成　年　月　日

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

自営業者又は雇用主名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※保護者が病気や介護等のため申し込む場合は、申立書等を提出してください。

●問合せ先　社会福祉法人桂川町社会福祉協議会（０９４８－６５－２２７１）

勤務・就労証明書

児童名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　申請者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　生年月日　S・H　　年　　月　　日

勤務地から学童保育所まで　片道約（　　）ｷﾛﾒｰﾄﾙ　所要時間約（　　）時間（　　）分

桂川町学童保育所入所申込に必要なため、証明をお願いします。

1．勤務している方

採用年月日	年　　月　　日					
勤務日数	月平均　　日					
勤務時間	平日	時	分	～	時	分
	土曜日	時	分	～	時	分

上記申請者は、現在当社に勤務していることを証明します。

年　　月　　日

事業所所在地＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

事業所名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代表者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

勤務先が上記事業所と異なる場合のみ、下記にも記入してください。

勤務先所在地＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

事業所名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

2．自営業や農業等に従事、自宅で内職等をしている方

事業等の内容						
就労日数	月平均　　日					
就労時間	平日	時	分	～	時	分
	土曜日	時	分	～	時	分

上記のとおり相違ないことを証明します。

年　　月　　日

住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

自営業者又は雇用主名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※保護者が病気や介護等のため申し込む場合は、申立書等を提出してください。

●問合せ先　社会福祉法人桂川町社会福祉協議会（０９４８－６５－２２７１）

NO.

桂川町学童保育所　健康管理カード

作成日　　年　　月　　日

児　童	氏名(ふりがな) (　　)	生　年　月　日 平成　　年　　月　　日	性別 男　女	学校・学年 桂川・桂川東 (新)　　年
保護者	氏名(ふりがな) (　　)	住　　所		
	電話(自宅)	携帯(持主:　　)	携帯(持主:　　)	
主な病歴と体質	平熱　　.　℃	□ けいれんをおこす	□ 風邪をひきやすい	
	□ 水ぼうそう	□ じんましんが出やすい	□ 下痢しやすい	
	□ はしか	□ テンカンをおこす	□ おう吐しやすい	
	□ 風疹	□ 心臓疾患がある	□ 鼻血が出やすい	
	□ おたふくかぜ	□ 熱が出やすい	□ 脱臼したことがある	
	□ その他(　　)			
アレルギー等	**※児童におやつ等を提供する時重要になりますので必ず記入してください。**			
	□ アトピー性湿疹	□ カニ・海老アレルギー	□ 卵アレルギー	
	□ そばアレルギー	□ 小麦アレルギー	□ 花粉症	
	□ 喘息	□ ナッツ類	□ その他(　　)	
常用薬				
手術歴				
かかりつけ医院・病院	市・町　　医院・病院　　電話			
障がいや疾病等の有無	□無　□有(有の場合はその程度や症状等　　)			
健康状態や日常生活等で気をつけることや伝えておきたいこと	□無			
ご意見ご要望	□無			

保育中お子様がケガや病気になった場合、次のように対応いたしますのでご了承ください。

1) 支援員が応急処置し、医療機関での治療が必要と判断した場合は、原則、保護者に連絡相談の上、医療機関で受診治療いたします。

2) 緊急で保護者と連絡がつかない場合は、学童保育所で適切と判断した医療機関で受診治療いたします。治療費を要する場合は学童で立替払いいたしますが、後日保護者が精算ください。

(裏面もご記入ください)

自宅周辺の地図を、目標になる建物などを記入して書いてください。

健康保険証のコピーを貼り付けてください。
※途中で保険証を変更された場合は新しい保険証のコピーを支援員に提出してください。

児童のケガ・急病時の措置、および
児童クラブ共済制度について

桂川町学童保育所では、常に児童の健康と安全に心がけておりますが、ケガや事故を完全に防止することは困難です。ケガや事故が発生した場合の措置と補償につき、次のように対応いたします。

・児童が学童保育所の施設内、もしくは学童支援員の指導のもとに施設外の活動中においてケガ・病気になった場合、学童支援員が応急処置し医師の治療が必要と判断した時は、原則として保護者に連絡の上、学童保育所が判断した医療機関で受診治療いたします。
・また、ケガを被った場合は、「児童クラブ共済制度」の適用、給付をもって全て処理いたします。この保険料年額1,800円のうち事業主が1,000円負担し、保護者負担は800円です。

〈注意〉保険の適用は、学童保育所の管理下で起きた事故に限る。

死亡・後遺障害給付金額	300万円
入院給付金日額	5,000円（事故の日を含めて180日まで）
通院給付金日額	2,000円（事故の日を含めて180日以内の90日）

（詳細は、入所のしおりを参照ください）

なお、学童保育所の賠償責任保険は、別途事業主が加入しておりますが、児童の故意や、学童の規則を逸脱した行為による物損被害は保護者の負担となります。

切り取り

同　意　書

年　　月　　日

社会福祉法人　桂川町社会福祉協議会　御中

私は、下記児童が桂川町学童保育所在所中にケガ・病気になった場合、学童の措置について、上記の内容に同意します。また、ケガについては、桂川町社会福祉協議会が加入する「児童クラブ共済制度」に基づき処理されることに同意します。

①児童名＿＿＿＿＿＿　②児童名＿＿＿＿＿＿　③児童名＿＿＿＿＿＿

保護者氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

住　　所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　電話＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

自動払込利用申込書

自払申込

※太枠内にボールペンではっきりとご記入ください。
※「お届け印」欄には、通常貯金のお届け印を押してください。
※総合口座通帳を併せて、ご提出ください。
私は下記の払込金を次により自動払込みによって支払うこととしたいので依頼します。
なお、本申込書は、私に代わって貴行から下記加入者にお届けください。

お申込人（口座名義人）

おところ	郵便番号（　　－　　）	
おなまえ	フリガナ 様	お届け印 ⚠2枚目にもご捺印ください。
日中ご連絡先電話番号	携帯　会社　自宅　　－　　－	
記号番号	記号 1 0 ⚠ 番号（8桁未満の場合は右詰めで記入し、その頭部の空欄には「0」をご記入ください。）	
	⚠通帳に記載のある方のみご記入ください。	

払込先

▼お申込みの日から払込みが開始される日までの期間を1か月以上あけてご記入ください。　▼払込日は収納加入者さまにご確認の上、ご記入ください。

加入者名	社会福祉法人桂川町社会福祉協議会
口座番号	01710-1-117694

払込金の種別

該当の項目にレ印をつけてください。

□ 電気料金　20	□ 住宅使用料　25	□ 授業料等　29	□ 割賦代金　34
□ ガス料金　21	□ 公庫償還金　26	□ 購読料　31	□ 税　金　35
□ 水道料金　22	□ 育英会返還金　27	□ 年金保険　32	☑ 利用料　30
□ 電話料金　23	□ 各種保険料　28	□ 会　費　33	

払込開始月	年　月から(※)	払込日	毎月 20 日　（再払込日 27 日）　土・日・祝日の場合は翌営業日

※払込開始月のご指定がない場合は、空欄のままご提出ください。
▼「ご契約者欄」はお申込人とご契約者の「おところ・おなまえ」が異なる場合にご記入ください。

ご契約者

おところ	郵便番号（　　－　　）
おなまえ	フリガナ 様
日中ご連絡先電話番号	携帯　会社　自宅　　－　　－

備考		日附印	
		印鑑照合	受付

（様式1）　（取扱店・受理印等を記載ください）　ゆうちょ銀行