＊ 本件利用 許可して よろしいか	課　長	担当主幹	担当員

＊市使用欄					
添付書類 □就証 □児ｼ □減免 □延長 □ｱﾚﾙｷﾞｰ					
入所判定結果	承　諾		待機　　番	不承諾	
利用開始年月日					
スポーツ安全保険料					
口座確認		システム入力	台帳登録	通知書発行	
新規	継続				

様式第１号（第１面）

令和９年度 放課後児童健全育成事業（チビッコホーム）利用許可申請書

現　住　所	〒□□□－□□□□ （マンション名・棟号数　　）		受付印欄
（転入・転居予定の場合） 新住所を記入⇒	〒 （転入・転居予定日：令和　　年　　月　　日）		
ふりがな		電話番号 自宅	
保護者氏名 ※口座名義人と同一		携帯（父）	携帯（母）
ふりがな		性　別	生　年　月　日
児童氏名		男・女	平成・令和　　年　　月　　日（　　歳）
学校名・学年	小学校　　年生（令和９年４月の学年）		
利用期間	□通年　　□夏期（朝陽・大宮・常盤・旭・東光・太田・城東）		
１週間の利用予定日数	この予定日数は、利用許可の順番には関係ありません。 1週間の利用予定日数を（１～６）の数字で記入してください。 この利用予定日数を超えて利用することもできます。　　日/週		
利用時間区分 （該当する１つにレ）	□ 午後５時まで【11月、12月は午後４時30分まで】（児童のみでも帰宅可能） □ 午後６時まで（お迎え必須） □ 午後６時30分まで（お迎え必須、延長保育料が必要）⇒「延長保育申請書」を記入してください。		

同居の家族全員（児童本人を除く）

続柄	氏　名	性別	生　年　月　日		利用開始希望日時点の状況（該当項目に○）
父		男	昭・平	年　月　日	就労（育児休業中も含む）/ 就学 / 出産 / 疾病・障害 / 看護・介護 不在【 未婚 / 離婚 / 死別 / 離婚調停中 / 単身赴任 / 行方不明 】 別居の場合（住所　　）
母		女	昭・平	年　月　日	就労（育児休業中も含む）/ 就学 / 出産 / 疾病・障害 / 看護・介護 不在【 未婚 / 離婚 / 死別 / 離婚調停中 / 単身赴任 / 行方不明 】 別居の場合（住所　　）
続柄	氏　名	性別	生　年　月　日		利用開始希望日時点の状況（勤務先・学校・保育所名等）
		男 女	大・昭 平・令	年　月　日	
		男 女	大・昭 平・令	年　月　日	
		男 女	大・昭 平・令	年　月　日	
		男 女	大・昭 平・令	年　月　日	

岸和田市長　様

上記のとおり＿＿＿＿＿（小学校）チビッコホームの利用許可を申請します。

令和＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日　　保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

誓　約　書

１．チビッコホーム利用許可申請書、その他提出書類の記載内容に虚偽の事実があったときは、チビッコホーム利用中止の措置を採られても異議ありません。

２．チビッコホーム利用許可申請書、その他提出書類の記載内容に変更があったときは、速やかに子育て支援課に届け出ます。

３．チビッコホーム利用期間中において、児童が利用資格の要件に該当しなくなったときは、速やかに利用中止届を提出します。

４．児童が傷病等により集団生活ができない状態となり、その期間が長期間に及ぶ場合は、チビッコホーム利用中止の措置を採られても異議ありません。

５．児童による粗暴行為（他の児童に危害を加える、施設または設備を破壊する等）によりチビッコホームの運営に支障をきたす場合は、チビッコホーム利用中止の措置を採られても異議ありません。

６．長期間欠席や無断欠席が続く場合は、チビッコホーム利用中止の措置を採られても異議ありません。

７．利用負担金及び延長保育料、諸費は必ず納入します。また、正当な理由なく定められた納期までに納入しなかった場合は、チビッコホーム利用中止の措置を採られても異議ありません。

８．利用負担金及び延長保育料、諸費を所定の期限までに納入します。利用負担金及び延長保育料、諸費を滞納した場合は強制執行等を受けても異議ありません。

９．児童の迎えが必要な場合は保護者の責任で必ず行います。理由の如何を問わず最終保育時間までに迎えが間に合わない場合は、児童のみで帰宅可能時間に利用時間区分を変更します。

10．児童のチビッコホームへの登下校中の安全確保については、児童を適切に指導する等、保護者においてその責任を果たします。

11．チビッコホーム活動中に生じた負傷にかかる児童の通院は、発生時の緊急通院を除いて保護者またはそれに代わる者において行います。

12．チビッコホームにおいて児童が病気等を発症したときは、チビッコホーム支援員の指示に従い、保護者またはそれに代わる者が速やかに迎えに行きます。

13．提出物は、子育て支援課及びチビッコホーム支援員の指示に従い、速やかに提出します。

同　意　書

１．住所地及び世帯構成等の確認のために必要であるときは、それらについて住民基本台帳等により確認されること。

２．負担金の算定のために必要であるときは、私及び私の家族に係る次の事項について確認されること。
(1) 市府民税等賦課情報
(2) 保護台帳に記載された生活保護受給の状況

３．児童の保育に配慮が必要であると認められるときは、次の事項について確認されること。
(1) 入所していた保育所（園）、幼稚園等における保育の状況
(2) 岸和田市立保健センターにおける定期健康診断の結果及び発達相談等の経緯
(3) 岸和田市就学支援等に関する委員会における審査の結果

４．児童を保育できない要件の確認のため、職場等に就労等の状況を確認されること。

５．児童の保育の実施において必要であるときは、利用するチビッコホーム、岸和田市立保健センター、岸和田市教育委員会、在籍校及び岸和田市こども家庭応援部子育て支援課がその児童に関する情報を共有すること。

６．利用負担金・延長保育料・諸費を滞納した場合に、岸和田市等がこれらを徴収するために必要な範囲で本同意事項及び誓約事項の写しを添付のうえ、官公署・勤務先・取引先・金融機関等の関係者に照会すること。

チビッコホーム利用許可申請に際し、第２面と第３面の内容について誓約及び同意します。

岸 和 田 市 長　　様　　令和　　年　　月　　日

保護者住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保護者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

第４面の児童調査票もご記入ください。⇒

令和９年度　チビッコホーム利用開始時の児童調査票

（ふりがな）
児 童 氏 名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

在籍保育所（園）・幼稚園名　**※新１年生のみ記入**

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

- ◆ この調査票は、児童のチビッコホームでの健康と安全を守るため、利用開始時の資料とするものです。チビッコホームの運営以外には使用しません。
- ◆ 調査項目で該当するものを「○」で囲む、または直接記入してお答えください。
- ◆ 各調査項目について正確にお答えください。
- ◆ チビッコホームに直接伝えておきたいこと、相談したいことがありましたら、下欄に記入、もしくは子育て支援課までご連絡ください。

※以下の項目を確認し必ずチェックして提出ください。

≪日常生活について≫　　↓

大便の後始末を一人でできますか	（ できる ・ できないときもある ・ できない ・ させたことがない ）
交差点を信号に従って、一人で渡れますか	（ できる ・ できないときもある ・ できない ・ させたことがない ）
はさみで、簡単な形を切り取ることができますか	（ できる ・ できないときもある ・ できない ・ させたことがない ）
電話を取り次いだり、留守を告げたりできますか	（ できる ・ できないときもある ・ できない ・ させたことがない ）
ブランコなど、友達と順番に使えますか	（ できる ・ できないときもある ・ できない ・ させたことがない ）
欲しい物があっても、説得されれば我慢できますか	（ できる ・ できないときもある ・ できない ・ させたことがない ）
ゲームのルールを守って、友達と遊ぶことができますか	（ できる ・ できないときもある ・ できない ・ させたことがない ）
自分の気持ちを相手にうまく伝えることができますか	（ できる ・ できないときもある ・ できない ・ させたことがない ）
手本を見て、丸・三角・四角などを描けますか	（ できる ・ できないときもある ・ できない ・ させたことがない ）
同年齢の子どもと、テレビで見た内容を話し合えますか	（ できる ・ できないときもある ・ できない ・ させたことがない ）
友達と役割を決めて、ごっこ遊びができますか	（ できる ・ できないときもある ・ できない ・ させたことがない ）
簡単なお使いを、一人でできますか	（ できる ・ できないときもある ・ できない ・ させたことがない ）
服の着替えを、一人でできますか	（ できる ・ できないときもある ・ できない ・ させたことがない ）
友達に誘われると集団遊びに参加することができますか	（ できる ・ できないときもある ・ できない ・ させたことがない ）
腹痛や頭痛など、身体の異常を家の人に伝えられますか	（ できる ・ できないときもある ・ できない ・ させたことがない ）

≪健康状態について≫

体調	（良い方 ・ 普通 ・ 良くない）
視力	（良い方 ・ 普通 ・ 良くない）
聴力	（良い方 ・ 普通 ・ 良くない）
風邪をひきやすい	（ いいえ ・ はい ）
頭痛を起こしやすい	（ いいえ ・ はい ）
腹痛を起こしやすい	（ いいえ ・ はい ）
熱を出しやすい	（ いいえ ・ はい ）
下痢をしやすい	（ いいえ ・ はい ）
ぜんそく	（ なし ・ 過去にあり ・ 〔時々・ 頻繁〕あり）
アトピー	（ なし ・ 過去にあり ・ 〔時々・ 頻繁〕あり）
てんかん	（ なし ・ 過去にあり ・ 〔時々・ 頻繁〕あり）
ひきつけ	（ なし ・ 過去にあり ・ 〔時々・ 頻繁〕あり）
食物アレルギー	（ なし ・ 過去にあり ・ あり）

※「なし」以外は、食物アレルギー調査票を記入してください。

≪手帳等の交付について≫

手帳等の交付を受けていますか（ いいえ ・ はい ）

- ◆ 身体障害者手帳（　　級）
- ◆ 療育手帳（Ａ・Ｂ１・Ｂ２）
- ◆ 精神障害者保健福祉手帳（　　級）

※交付を受けている場合は写しを添付してください。

傷病名等 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

≪あゆみファイルについて≫

あゆみファイルを持っていますか（ いいえ ・ はい ）

※個別相談支援のための「あゆみファイル」をお持ちの方で、小学校へ預けられている場合、情報を共有させていただくことがあります。

≪チビッコホーム利用にあたって、健康や安全面で心配なことや配慮して欲しいことがありましたら、ご記入ください。≫

就労証明書

◎証明書・診断書は申請日の6ヶ月以内に発行されたものが必要です。
※証明日がないものは無効となります。

岸和田市長　　宛

証明日	西暦　　年	月	日		
事業所名					
代表者名					
所在地					
電話番号	—	—			
担当者名					
記載者連絡先	—	—			

下記の内容について、事実であることを証明いたします。

※本証明書の内容について、就労先事業者等に無断で作成し又は改変を行ったときには、刑法上の罪に問われる場合があります。

記入誤りの場合は修正テープを使用せず、二重線でご訂正ください。

No.	項目	記載欄
1	フリガナ	
	本人氏名	生年月日　年　月　日
2	雇用(予定)期間等	☐ 無期　☐ 有期　期間（無期の場合は雇用開始日のみ）　年　月　日 ～　年　月　日
3	本人就労先事業所	名称
		住所
4	雇用の形態	☐ 正社員　☐ パート・アルバイト　☐ 派遣社員　☐ 契約社員　☐ 会計年度任用職員　☐ 非常勤・臨時職員　☐ 役員 ☐ 自営業主　☐ 自営業専従者　☐ 家族従業者　☐ 内職　☐ 業務委託　☐ その他（　）
5	就労時間（固定就労の場合） どちらかのみご記入ください 就労時間（変則就労の場合）	月 ☐　火 ☐　水 ☐　木 ☐　金 ☐　土 ☐　日 ☐　祝日 ☐　合計時間　月間　時間　分（うち休憩時間　分）
		一月当たりの就労日数　月間　日　一週当たりの就労日数　週間　日
		平日　時　分 ～　時　分（うち休憩時間　分）
		土曜　時　分 ～　時　分（うち休憩時間　分）
		日祝　時　分 ～　時　分（うち休憩時間　分）
		合計時間　☐ 月間　☐ 週間　時間　分（うち休憩時間　分）
		就労日数　☐ 月間　☐ 週間　日
		主な就労時間帯・シフト時間帯　時　分 ～　時　分（うち休憩時間　分）
6	就労実績 ※日数に有給休暇を含み、時間数に休憩・残業時間を含む	年月　年　月　日／月　時間／月　／　／　／
7	産前・産後休業の取得 ※取得予定を含む	☐ 取得予定　☐ 取得中 期間　年　月　日 ～　年　月　日
8	育児休業の取得 ※取得予定を含む	☐ 取得予定　☐ 取得中　☐ 取得済み 期間　年　月　日 ～　年　月　日
9	産休・育休以外の休業の取得	☐ 取得予定　☐ 取得中　☐ 取得済み　理由　☐ 介護休業　☐ 病休　☐ その他（　） 期間　年　月　日 ～　年　月　日
10	復職（予定）年月日	☐ 復職予定　☐ 復職済み　年　月　日
11	育児のための短時間勤務制度利用有無 ※取得予定を含む	☐ 取得予定　☐ 取得中　期間　年　月　日 ～　年　月　日 主な就労時間帯・シフト時間帯　時　分 ～　時　分（うち休憩時間　分）
12	（雇用契約の）満了後の更新の有無	☐ 有　☐ 有（予定）　☐ 無　☐ 未定
13	備考欄	

追加的記載項目欄

※内容について電話連絡等にて証明担当者様に確認させていただくことがあります。

2026.9.1

※個人事業主の方は裏面の添付書類が必要です。

※変則就労の方は下記内容を満たす直近3か月以内の1か月分の勤務時間がわかるシフト表や就労実績表等も添付してください。

就労日や就労時間を従業員以外の方が見て理解でき、かつ申請資格である「14時を過ぎた勤務が月に15日以上」を満たすもの
シフト表や就労実績表がない場合、ご自身や会社で作成いただくようお願いいたします。なお、ご自身で作成する場合は、作成いただいたものに会社名、内容を確認された勤怠ご担当者様名、「内容が間違いない」旨の記入をお願いします。

◎自営業(父母が個人事業主である場合)または内職の場合以下の証明書添付が必要です。

Ⓐ自営業であることが確認できる書類(コピー可)次の①～④いずれか1つの添付が必要です。

①直近の確定申告書の写し(自営業であることが確認できる場合)
②健康保険資格がわかるもの(保護者本人が健康保険(岸和田市国保は除く)被保険者である場合)
③会員証または加入者証(保護者本人が各事業者組合(協会)の会員である場合)
④開業届出書(税務署に開業届(再発行に期限があります)を提出している場合)

添付書類について不明な点がある場合はお問い合わせください。

◎ 就学【在学証明書(学生証の写し)、時間割表写しの添付が必要】

保護者氏名			
就学時間	(平日)　時　分～　時　分　(土曜)　時　分～　時　分		
平均就学日数	1ヶ月　日		
所在地			
学校名		通学時間	片道　分

◎ 出産、疾病(自宅療養、通院、入院)、障がい
出産【母子健康手帳の写し(母の氏名及び分娩予定日の記載があるもの)の添付が必要】
疾病【医師の診断書(療養期間と常時児童の保育ができない旨、もしくは入院期間の記載あるもの)の添付が必要】
障がい【身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳、療育手帳の写しの添付が必要】

保護者氏名	
病名・けが名	
出産予定日	(出産)予定日　年　月　日
または通院	(通院)週　回通院　時　分～　時　分
入院の期間	(入院)　年　月　日～　年　月　日

◎ 病人や障がい児(者)等の看護、介護
看護【看護対象者の診断書(看護期間の記載があるもの)の添付が必要】
疾病【身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳、療育手帳の写し、要介護度を証明する書類の写しのいずれか(入所、入院者は対象外)の添付が必要】

保護者氏名			
看護、介護を必要とする方の氏名		児童との続柄	
看護等日数・時間	月平均　日	時　分～　時　分	

就労証明書

◎証明書・診断書は申請日の6ヶ月以内に発行されたものが必要です。
※証明日がないものは無効となります。

岸和田市長　　宛

証明日	西暦　　年	月	日		
事業所名					
代表者名					
所在地					
電話番号	—	—			
担当者名					
記載者連絡先	—	—			

下記の内容について、事実であることを証明いたします。

※本証明書の内容について、就労先事業者等に無断で作成し又は改変を行ったときには、刑法上の罪に問われる場合があります。

記入誤りの場合は修正テープを使用せず、二重線でご訂正ください。

No.	項目	記載欄
1	フリガナ	
	本人氏名	生年月日　年　月　日
2	雇用(予定)期間等	☐ 無期　☐ 有期　期間（無期の場合は雇用開始日のみ）　年　月　日 ～　年　月　日
3	本人就労先事業所	名称
		住所
4	雇用の形態	☐ 正社員　☐ パート・アルバイト　☐ 派遣社員　☐ 契約社員　☐ 会計年度任用職員　☐ 非常勤・臨時職員　☐ 役員 ☐ 自営業主　☐ 自営業専従者　☐ 家族従業者　☐ 内職　☐ 業務委託　☐ その他（　）
5	就労時間（固定就労の場合） どちらかのみご記入ください 就労時間（変則就労の場合）	月 ☐　火 ☐　水 ☐　木 ☐　金 ☐　土 ☐　日 ☐　祝日 ☐　合計時間　月間　時間　分（うち休憩時間　分）
		一月当たりの就労日数　月間　日　一週当たりの就労日数　週間　日
		平日　時　分 ～　時　分（うち休憩時間　分）
		土曜　時　分 ～　時　分（うち休憩時間　分）
		日祝　時　分 ～　時　分（うち休憩時間　分）
		合計時間　☐ 月間　☐ 週間　時間　分（うち休憩時間　分）
		就労日数　☐ 月間　☐ 週間　日
		主な就労時間帯・シフト時間帯　時　分 ～　時　分（うち休憩時間　分）
6	就労実績 ※日数に有給休暇を含み、時間数に休憩・残業時間を含む	年月　年　月　日／月　時間／月　／　／　／
7	産前・産後休業の取得 ※取得予定を含む	☐ 取得予定　☐ 取得中 期間　年　月　日 ～　年　月　日
8	育児休業の取得 ※取得予定を含む	☐ 取得予定　☐ 取得中　☐ 取得済み 期間　年　月　日 ～　年　月　日
9	産休・育休以外の休業の取得	☐ 取得予定　☐ 取得中　☐ 取得済み　理由　☐ 介護休業　☐ 病休　☐ その他（　） 期間　年　月　日 ～　年　月　日
10	復職（予定）年月日	☐ 復職予定　☐ 復職済み　年　月　日
11	育児のための短時間勤務制度利用有無 ※取得予定を含む	☐ 取得予定　☐ 取得中　期間　年　月　日 ～　年　月　日 主な就労時間帯・シフト時間帯　時　分 ～　時　分（うち休憩時間　分）
12	（雇用契約の）満了後の更新の有無	☐ 有　☐ 有（予定）　☐ 無　☐ 未定
13	備考欄	

追加的記載項目欄

※内容について電話連絡等にて証明担当者様に確認させていただくことがあります。

2026.9.1

※個人事業主の方は裏面の添付書類が必要です。

※変則就労の方は下記内容を満たす直近3か月以内の1か月分の勤務時間がわかるシフト表や就労実績表等も添付してください。

就労日や就労時間を従業員以外の方が見て理解でき、かつ申請資格である「14時を過ぎた勤務が月に15日以上」を満たすもの
シフト表や就労実績表がない場合、ご自身や会社で作成いただくようお願いいたします。なお、ご自身で作成する場合は、作成いただいたものに会社名、内容を確認された勤怠ご担当者様名、「内容が間違いない」旨の記入をお願いします。

◎自営業(父母が個人事業主である場合)または内職の場合以下の証明書添付が必要です。

Ⓐ自営業であることが確認できる書類(コピー可)次の①～④いずれか1つの添付が必要です。

①直近の確定申告書の写し(自営業であることが確認できる場合)
②健康保険資格がわかるもの(保護者本人が健康保険(岸和田市国保は除く)被保険者である場合)
③会員証または加入者証(保護者本人が各事業者組合(協会)の会員である場合)
④開業届出書(税務署に開業届(再発行に期限があります)を提出している場合)

添付書類について不明な点がある場合はお問い合わせください。

◎ 就学【在学証明書(学生証の写し)、時間割表写しの添付が必要】

保護者氏名			
就学時間	(平日)　時　分～　時　分　(土曜)　時　分～　時　分		
平均就学日数	1ヶ月　日		
所在地			
学校名		通学時間	片道　分

◎ 出産、疾病(自宅療養、通院、入院)、障がい
出産【母子健康手帳の写し(母の氏名及び分娩予定日の記載があるもの)の添付が必要】
疾病【医師の診断書(療養期間と常時児童の保育ができない旨、もしくは入院期間の記載あるもの)の添付が必要】
障がい【身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳、療育手帳の写しの添付が必要】

保護者氏名	
病名・けが名	
出産予定日	(出産)予定日　年　月　日
または通院	(通院)週　回通院　時　分～　時　分
入院の期間	(入院)　年　月　日～　年　月　日

◎ 病人や障がい児(者)等の看護、介護
看護【看護対象者の診断書(看護期間の記載があるもの)の添付が必要】
疾病【身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳、療育手帳の写し、要介護度を証明する書類の写しのいずれか(入所、入院者は対象外)の添付が必要】

保護者氏名			
看護、介護を必要とする方の氏名		児童との続柄	
看護等日数・時間	月平均　日	時　分～　時　分	

支援員記入欄	LINE
	□ 登録済

令和９年度チビッコホーム児童シート

記入日　　月　　日

◎ このシートは、チビッコホームから保護者へのご連絡時等に使用します。

ふりがな		施設名	チビッコホーム
児童氏名		学年	年生

住所 岸和田市　　町　　丁目 番(番地)　　号 自宅電話番号	自宅付近略図	目印になる場所（公共施設・商業施設・道路など）を基準にご自宅付近の地図を描いてください。

◆保護者勤務先情報

氏名(続柄)　　( )		氏名(続柄)　　( )	
勤務先名・部署名		勤務先名・部署名	
勤務先電話番号		勤務先電話番号	
所在地		所在地	
勤務時間	(平日)　時　分 ～　時　分 (土曜)　時　分 ～　時　分	勤務時間	(平日)　時　分 ～　時　分 (土曜)　時　分 ～　時　分

◆緊急連絡先　※緊急時は①から順に連絡いたします。

氏名(続柄)	①　　( )	②　　( )	③　　( )
電話番号			
	(携帯　自宅　勤務先)	(携帯　自宅　勤務先)	(携帯　自宅　勤務先)
氏名(続柄)	④　　( )	⑤　　( )	⑥　　( )
電話番号			
	(携帯　自宅　勤務先)	(携帯　自宅　勤務先)	(携帯　自宅　勤務先)

◆塾や習い事に通う日と内容、チビッコホーム退室予定時間

月		時　分	木		時　分
火		時　分	金		時　分
水		時　分	土		時　分

↓緊急時にお迎えが必要な場合がありますので必ず記入してください。

◆迎えに来られる保護者等（主に迎えに来られる順に記入してください。）

順位	氏名	児童との続柄	電話番号
①			
②			
③			

◎　保護者等とは、保護者のほか祖父母、ファミリーサポートセンター（協力会員）等、成人（１８歳以上）の方を指します。

伺　本件、下記審査欄のとおり決定してよろしいか

部長	課長	担当主幹	担当員

＊市使用欄	システム入力	台帳登録	通知書発送

令和９年度放課後児童健全育成事業(チビッコホーム)負担金減免申請書

令和　　年　　月　　日

岸和田市長　様

（申請者）

住　　所：

保護者氏名：

放課後児童健全育成事業利用負担金の減免を受けたいので、次のとおり申請します。

児童氏名・学年		（　　年生）
施設名		チビッコホーム
減免を受けたい理由 （該当理由の番号に〇）		申請に必要な添付書類
1	令和８年度 住民税非課税世帯	令和８年１月１日現在 ◆岸和田市外の住民基本台帳に記載のあった人のみ ⇒令和８年度【令和７年中所得分】住民税 所得課税証明書を添付 【令和８年１月１日現在、住民登録があった市町村で発行を受けてください。(課税証明書は申請日前３ヶ月以内に発行されたもので、世帯で該当する人全員の証明が必要)】 ◆世帯員全員が岸和田市の住民基本台帳に記載のある人 ⇒書類添付不要
2	生活保護受給世帯	生活保護受給証明書 【岸和田市生活福祉課で発行します。】

（注意事項）

◇ 児童１人につき１通提出してください。
◇ 申請書を提出された翌月分から年度末分まで減免対象となります。(遡って減免されません。)
　ただし、利用許可申請と同時に申請された場合は当月分から減免対象となります。
◇ 新年度の利用に向けて３月 31 日までに申請された場合は４月から減免が適用されます。
◇ 延長保育料及び諸費、傷害保険料は減免の対象ではありません。
◇ 年度途中に減免規定に該当しなくなった場合は、該当しなくなった翌月から負担金が必要です。
◇ 世帯構成が変更となる場合は、再度申請書の提出が必要です。
◇ 必ず申告を済ませておいてください。申告されていない場合は、審査できず負担金が必要となります。

＊審　査　欄　　記入しないでください。	
添付書類	１．住民税所得課税証明書　　２．生活保護受給証明書
減免の承認	１．承　認（　非課税世帯　、　生活保護世帯　） (令和　　年　　月～　　年　　月分、減免額計　　円)
	２．却　下（　課税世帯　、　その他【　　】）

伺　本件、決定してよろしいか

課長	担当主幹	担当員

＊市使用欄	システム入力	台帳登録	通知書発送

放課後児童健全育成事業（チビッコホーム）

延長保育（　利用、中止　）申請書

令和　　年　　月　　日

岸 和 田 市 長　様

（申請者）

住　　所：

保護者氏名：

次のとおり、延長保育の（　利用 、中止　）を申請します。

児童氏名・学年	（　　年生）	
施　設　名	チビッコホーム	
延長保育利用申請月 【利用時間】 午後6時～6時30分 別途延長保育料が必要	利用	「通年」もしくは利用する月に〇をしてください。
	通年	４・５・６・７・８・９・10・11・12・１・２・３（月）
	中止	（　　）月から（　５時　・　６時　）に退室

【注意事項】

※　児童１人につき１通提出してください。

※　利用開始、利用変更の場合は、希望月の前月 25 日までに申請してください。提出が遅れた場合、希望に添えない場合があります。

※　利用は月単位です。（日割り計算はありません。）

※　延長保育料の減免制度はありません。

※　最終保育時間は午後６時 30 分です。お迎えは時間厳守で行ってください。遅刻が続く場合は延長保育の利用許可を取り消します。

※　延長保育を利用中止する場合は、最終利用日までに提出が必要です。提出が翌月に遅れた場合、利用の有無に関わらず提出月分まで延長保育料が必要となります。

※　チビッコホームを利用中止する場合、延長保育の利用も併せて中止となりますのでこの書類の提出は不要です。

食物アレルギー調査票

※ 食物アレルギーが「あり」又は「過去にあり」場合は、この調査票を提出してください。
※ 診断書、食事指示書等をお持ちの場合はコピーを添付してください。

1　児童基本情報			
児童氏名（ふりがな）	（　　）		
学年	年	**施設名**	チビッコホーム
2　食物アレルギーの状況			
医師の診断	□ あり　【診断年月：　　年　　月】　□ なし		
診断書・食事指示書等	□ あり　【添付：□ あり　□ なし】　　□ なし		
検査等	□ あり　【検査年月：　　年　　月】　□ なし		
3　除去が必要な食品			
該当する食品に○を付け、必要に応じて具体的な食品名・除去範囲を記入してください。			
小麦 ・ 卵 ・ 乳 ・ そば ・ 落花生 ・ あわび ・ いか ・ いくら ・ えび ・ オレンジ ・　かに ・ キウイフルーツ ・ 牛肉 ・ くるみ ・ さけ ・ さば ・ 大豆 ・ 鶏肉 ・ バナナ ・　豚肉 ・ もも ・ やまいも ・ りんご ・ ゼラチン ・ ごま ・ カシューナッツ ・ アーモンド ・ マカダミアナッツ ・ その他の食品　食品名を記入（例：ぶどう）〔　　〕			
具体的な除去内容	（例）「卵」が該当する場合、「生卵だけ不可」「卵を含む加工食品も不可」等		
4　症状・アナフィラキシー			
主な症状	□ 口・舌・喉の違和感・腫れ　□ じんましん・発疹　□ 嘔吐・腹痛・下痢 □ 咳・ゼーゼー・呼吸困難　□ 顔色不良・意識障害　□ その他（　　）		
症状発現まで	食品を摂取してから症状が出るまで：約（　　）分		
アナフィラキシー	□ あり　【発症年月：　　年　　月】　□ なし		
過去の対応	病院・家庭での処置や対応：		
5　服薬・エピペン等			
服薬	□ あり　【薬名：　　服用方法・タイミング：　　】　□ なし		
エピペン	医師から処方：□ あり　【持参：□ 毎日　□ その他（　　）】　□ なし		
保管場所			
医師からの指示	緊急時を含めた対応についての指示：		
6　学校・家庭での対応			
学校での対応	□ あり　【内容：　　】　□ なし 学校生活管理指導表：□ あり　□ なし		
家庭での対応	家庭での食事・除去等について：		
7　チビッコホームでのおやつ			
おやつ提供	□ チビッコホームのおやつを希望　□ 持参する　□ その他（　　）		
除去対応	□ 必要　□ 不要		
コンタミネーション※	□ 配慮が必要　　□ 配慮は不要 ※食品の製造・調理・取扱い等の際に、原材料として使用していないアレルゲンが意図せず混入することです。		
具体的な配慮	必要な配慮・提供できない食品等：		
8　確認事項			
記入日	令和　　年　　月　　日	**記入者**	（続柄：　　）

【お願い】症状・除去食品・医師の指示等に変更があった場合は、速やかにお知らせください。