

コビーアフタースクール (CAS) みさとたかの ご利用申込案内 【2025年度】



コピーアフタースクール（CAS）みさとたかのについて

◆ 開校日

開校日	月～土曜日、その他別途定める日
休校日	日曜日、祝日（その振替日）、年末年始（12月29日～1月3日）、その他別途定める日

※ スクールオフィス（事務所）の受付時間は開校日の13：00～19：00です。

※ なお、土曜日は7：30以前および19：00以降の延長利用はありません。

※ 延長利用時間のご利用は別途延長利用料をご負担いただきます。土曜日の延長利用はありません。

※ 開校時間前に気象災害に関する「特別警報」が発表された場合は原則として、休校となります。

※ 開校後に「特別警報」が発表された場合やその他の自然災害時等は原則として、保護者さまに引き渡し完了するまでお子さまをお預かりします。

◆ 開校時間

	通常期間	小学校休校日等	※延長利用
月～金曜日	放課後～19：00	8：00～19：00	7：00～8：00 19：00～20：00
土曜日	8：00～19：00	8：00～19：00	7：30～8：00

◆ 対象学年

対象学年	小学校1～6年生
------	----------

◆ 定員（利用可能児童数）

定員	40名
----	-----

◆ 本スクールのサービス

おやつ・補食の提供

原則として、16：00ごろおやつを提供します。
また、18：00以降にご家庭での夕食までのつなぎのおやつ（補食）を提供します。

※ 実際の提供時間は利用状況を踏まえ調整します。

※ 提供時間より前に退室する場合はおやつを提供しません。

※ 食物アレルギーがある場合には、必ず「Registration Sheet」にご記入いただき、別途「アレルギー食品対応依頼書」をご提出ください。また、入学後にアレルギーが発症した場合も、遅滞なくご連絡ください。詳細は個別にご相談ください。

※ おやつに関してはアレルギーの原因食品を除去した代替食品をご用意できない場合がありますので、予めご了承ください。

昼食の提供（別料金）

小学校休校日等、午前から本スクールを利用する場合は昼食を提供します。

※ 衛生管理の目的から、原則として、お弁当やおやつ等のお持ち込みはご遠慮ください。

※ 食物アレルギーがある場合は、必ず「Registration Sheet」にご記入いただき、別途「アレルギー食品対応依頼書」をご提出ください。また、入学後にアレルギーが発症した場合も、遅滞なくご連絡ください。詳細は個別にご相談ください。

※ 昼食に関しては、アレルギーの原因食品を除去した代替食品をご用意できない場合がありますので、予めご了承ください。

※ 長期休暇期間中以外に昼食をご利用の場合は、前開校日の18：00までにお電話にてお申込みください。

※ お申込み後のキャンセルは前開校日の18：00までにお電話にてご連絡ください。

◆ ご利用にあたっての留意事項

- 本スクールへの入室は、お子さまご自身で本スクールまで登校していただきます（お迎えサポートあり）。
- 本スクールからの退室は、保護者さままたは代理人のご送迎が必要となります。
- 欠席やお迎え時間の変更は、必ず保護者さまから本スクールへご連絡ください。お子さまからの申し出による欠席、早退等はご遠慮ください。

◆ ご利用料金（税込表示）

月額利用料 お子さま1人につき **12,100円**

※ 別途、施設管理費**2,200円**/月をご負担いただきます。

※ （オプション利用料）小学校休校日等の午前利用：550円/日、延長利用料：550円/30分、送迎料：550円/回（または6,600円/月）、昼食代：660円/食

入退室管理サービス

お子さまの入室時および退室時に個人専用の入退室カードをスクールに設置する端末にかざすことにより、保護者さま宛に入退室メール・アプリ通知をお送りします。

※ 入退室カードはスクールで保管します。

学習のサポート

小学校の宿題、課題をサポートします。

※ ご家庭でしかできない宿題、課題のサポートはできかねますので、ご了承ください。

小学校へのお迎えサポート（別料金）

対象エリア内の小学校まで、下校時間に合わせてスタッフがお迎えし、スクールまでお子さまをお連れします。

※ 対象エリアは、スクールの半径2km圏内を目安としています。

※ 新和小、高州小、高州東小、鷹野小、戸ヶ崎小、吹上小、前谷小、八木郷小等

※ 上記以外の小学校は、個別にご相談ください。

※ **利用審査・選考においては、対象エリア内からのご利用を優先させていただきますので、ご了承ください。**

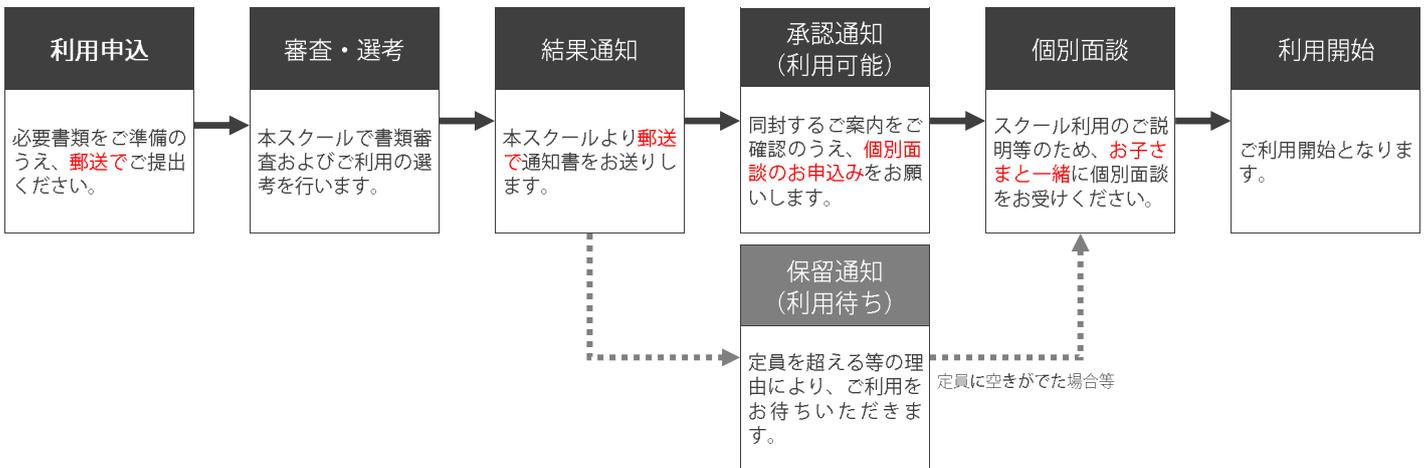
ご利用申込について

◆ 利用要件

対象児童	① 埼玉県三郷市内に住所があり、市内の小学校に在籍しているお子さま。 ② 1人で本スクールへ登校でき、集団生活を行うことができるお子さま。 ③ その他、本スクールが利用を認めたお子さま。
利用要件 ※ ①～④のいずれかに該当していること	① 保護者さまが就労で、昼間家庭が留守になっていること。 ※ 就労時間は原則、月～土曜日のうち週4日以上、1日の就労時間が13:00から15:30を含む実働5時間以上であること。 ※ 就労時間は就業規則、就業条件等により就労証明書に記載された時間で判断します。残業時間は含まれません。 ※ シフト勤務の場合も就労時間の要件は同じです。直近4週間の勤務状況が分かる書類を添付してください。 ② 保護者さまが、病気または障がいなどで保育ができないこと。 ③ 保護者さまが、同居親族または長期入院している同居親族を、介護・看護していること。 ④ 保護者さまが出産で、家庭が留守になっていること。 ※ 利用できる期間は、出産予定日の産前6週間、産後8週間で、このうち家庭が留守のとき。 ※ 育児休業中の場合は、家庭が留守となっていないため、利用要件に該当しません。 ⑤ 開校時間内の定められた時間に、保護者さままたは代理人が必ず送迎できること。 ※ 代理人は事前に届出がある方に限ります。 ⑥ 家庭内に小学生未満のお子さまがいる場合は、すでに他施設で保育されているか保育先施設が決まっていること。

※ 利用要件に該当する場合でも、利用可能児童数を超える申し込みがあった場合は利用審査・選考の結果、利用保留となる場合がありますのでご了承ください。

◆ 利用までの流れ



◆ 結果通知の種類

ご利用申込後、本スクールで提出書類等の審査・選考を行い、結果を通知します。

(A) 利用承認通知書	利用が決定した場合にお送りします。
(B) 利用保留通知書	利用要件に該当するが、利用可能児童数以上の申請があったためにご利用いただけない場合にお送りします。 ※ 本スクールの利用可能児童数に空きが出た場合、その都度、改めて利用審査・選考を行います。再度申込は必要ありません。 ※ 利用保留通知書でお知らせする待機順位は、その後のお申込状況等により変動する場合がありますのでご了承ください。
(C) 利用不承認通知書	本スクールの利用要件に該当しない場合にお送りします。

※ 審査・選考にあたり、不明な点がある場合はお電話等でお問い合わせをすることがあります。
 ※ 利用承認通知後、本スクールのご利用前に個別面談をお願いしていますので、お子さまと一緒に本スクールまでお越しください。詳細はお問い合わせください。
 ※ 個別面談をお受けいただくまでは、本スクールをご利用いただけませんのでご注意ください。

◆ 利用申込の必要書類

- 利用申込書
- 児童家庭調査書
- 家庭で保育できないことを証明する書類（下表のうち、いずれか）

保護者さまの状況	申込に必要な書類	備考・注意事項
①就労	<input type="checkbox"/> 就労証明書	別紙フォーマットを参考に、勤務先で作成するか、自営・個人事業主は自書してご提出ください。
	<input type="checkbox"/> シフト表 (変則勤務等で勤務日や時間が定まっていない場合)	変則勤務等の場合に必要。直近4週間分。これから就労する場合は就労後1ヶ月の予定シフト表等をご提出ください。
②病気や障がい等	<input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 障害者手帳の写し	病気や障がい等の状態が分かる書類をご提出ください。
③就学・技能訓練等	<input type="checkbox"/> 在学証明書の写し <input type="checkbox"/> 時間割表等の写し	在学期間の記載がある在学証明書の写し、および就学時間がわかる書類をご提出ください（保護者さまのみ）。
④介護・看護	<input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 障害者手帳の写し	介護・看護が必要な人の診断書または障害者手帳等の写しをご提出ください（同居親族または長期入院している同居家族に限る）。
⑤出産	<input type="checkbox"/> 母子手帳等の写し	母子手帳の表紙と出産予定日の記載があるページの写しをご提出ください。
⑥その他	<input type="checkbox"/> 申立書	保育できない状況である内容を記載してご提出ください。 ※ 申立書は児童を保育できない者本人からの申請とします。

※ 父母および同居人（祖父母、おじ、おば、内縁者等）全員の分が必要です。

※ 申請書類に不足や記入漏れ等の不備がある場合、受付できないことがあります。また、申請書類のご訂正等をお願いする場合があります。

※ 証明書の有効期限は、発行から3ヶ月以内のものとなります。

※ そのほか、審査上の必要に応じて、その他書類をご提出いただく場合があります。

◆ 利用申込のスケジュール

- 2024年度中の利用開始をご希望の場合**（対象：利用開始時点ですでに小学校1～6年生のお子さま）
利用申込は随時受け付けております。下記お問い合わせ先までお問い合わせください。

- 2025年4月以降の利用開始をご希望の場合**（対象：2025年4月時点で小学校1～6年生のお子さま）
第1次利用申込受付期間 **2024年11月25日まで** **[必着]**

※ 結果通知は2025年2月中を予定しています。

※ 第1次利用申込後、利用可能枠に空きがある場合は、引き続き、随時利用申請を受け付けます。

◆ 利用申込の方法

上記必要書類をご準備のうえ、下記提出先まで **ご郵送ください**。

【申込書類ご提出先】

〒153-0051

東京都目黒区上目黒5-5-8 3F

社会福祉法人コピーソシオ

CASみさとたかの担当 宛

※ 利用申込は、郵送でのみ受け付けておりますので、ご了承ください。



コピーアフタースクールみさとたかの

〒341-0035 埼玉県三郷市鷹野3-387 TEL：048-951-5080



【利用申請に関するお問い合わせ先】

社会福祉法人コピーソシオ CASみさとたかの担当 TEL：03-6452-3893

記入日： 年 月 日

フリガナ				性別	
児童氏名				<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
生年月日	(西暦)	年	月	日	年齢 満 歳
学校名 (進学予定校含む)	小学校			学年	年生 (利用開始時の学年)
フリガナ				続柄	
保護者氏名					
住所	〒 ()				
保護者連絡先	Tel:	①	-	-	[父・母・自宅・その他]
	※1件以上	②	-	-	[父・母・自宅・その他]
	E-mail:	③	-	-	[父・母・自宅・その他]
※E-mailでドメイン指定受信設定等がされている場合は、「@coby.co.jp」からのメールを受信できるよう設定してください。					
申請の理由 (それぞれ主なものを1つ)	父	<input type="checkbox"/> 就労	<input type="checkbox"/> 就学・技能訓練等	<input type="checkbox"/> 疾病	<input type="checkbox"/> 障がい
		<input type="checkbox"/> 看護・付き添い	<input type="checkbox"/> 出産	<input type="checkbox"/> その他 ()	
	母	<input type="checkbox"/> 就労	<input type="checkbox"/> 就学・技能訓練等	<input type="checkbox"/> 疾病	<input type="checkbox"/> 障がい
		<input type="checkbox"/> 看護・付き添い	<input type="checkbox"/> 出産	<input type="checkbox"/> その他 ()	
食物アレルギー等の特記事項					

利用開始希望日	(西暦)	年	月	日		
利用開始後の利用予定	<input type="checkbox"/> 月	<input type="checkbox"/> 火	<input type="checkbox"/> 水	<input type="checkbox"/> 木	<input type="checkbox"/> 金	<input type="checkbox"/> 土

利用申込案内に同意し、コピーアフタースクールみさとたかのの利用を申し込みます。

利用児童氏名

保護者氏名



記入日： 年 月 日

【父母の状況】

		父親			母親				
就 労 状 況	勤務形態	<input type="checkbox"/> 常勤	<input type="checkbox"/> パート	<input type="checkbox"/> 自営	<input type="checkbox"/> 常勤	<input type="checkbox"/> パート	<input type="checkbox"/> 自営		
		<input type="checkbox"/> 内職	<input type="checkbox"/> 休職中	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 内職	<input type="checkbox"/> 休職中	<input type="checkbox"/> その他		
	勤務先住所								
	勤務先電話番号								
	仕事の内容								
	勤務時間	平日	:	~	:	平日	:	~	:
	土曜日	:	~	:	土曜日	:	~	:	
通勤方法		<input type="checkbox"/> 自家用車	<input type="checkbox"/> 自転車	<input type="checkbox"/> 電車	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 自家用車	<input type="checkbox"/> 自転車	<input type="checkbox"/> 電車	<input type="checkbox"/> その他
	※所要時間 (片道) 約	時間	分		※所要時間 (片道) 約	時間	分		
病 気 の 場 合	病名・病状等								
	療養場所	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 入院		<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 入院			
	病院名								
	通院状況	月・週	回		月・週	回			
出産	出産予定日				通院医院名				
	父親 / 母親不在	<input type="checkbox"/> 死亡	<input type="checkbox"/> 離婚	<input type="checkbox"/> 失踪	<input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> その他 ()			
		※事由発生日	年	月	日				

【お子さまの状況】

健康状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 否 ()
心身状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 否 ()
性格の特徴	
得意なこと	
苦手なこと	
好きなこと	

※お子さまについて、保育所・幼稚園・学校生活・対人関係等、日常生活で気になることがあれば、以下の項目へご記載ください（持病・食物アレルギー等がある場合は、必ずご記載ください）。

・児童について	
・児童の対人関係について	
・持病・食物アレルギーについて	

【ご家族および同居の方】

氏名	フリガナ	続柄	生年月日	職業等	備考

※祖父母の同居有無（別居されている場合はご住所もご記載ください。）

父方祖父： <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 ()	父方祖母： <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 ()
母方祖父： <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 ()	母方祖母： <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 ()

※上記の個人情報は本スクール「プライバシーポリシー」、コピーアフタースクール規則に基づき適切に管理し、取り扱います。



作成日： 年 月 日

社会福祉法人コビーソシオ 宛

[証明者]

事業所所在地

事業所名称

代表者名

印

電話番号

(担当者名

電話番号

)

次の者は、本事業所に就労（予定）していることを証明します。

勤務者の氏名			生年月日	年	月	日
勤務者の住所	〒 ()					
勤務形態	<input type="checkbox"/> 正規 <input type="checkbox"/> 派遣 <input type="checkbox"/> 非常勤(臨時) <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> その他 ()					
勤務先の住所			勤務先電話番号			
職種(業務内容)						
就労(内定)開始年月日	(西暦)		年	月	日	
就労状況	曜日	勤務時間	昼休憩等(時間)	実働(時間)	備考	
<input type="checkbox"/> チェック (A) 通常勤務の場合	月	: ~ :				
	火	: ~ :				
	水	: ~ :				
	木	: ~ :				
	金	: ~ :				
<input type="checkbox"/> チェック (B) シフト制・変則勤務の場合	①	: ~ :				
	②	: ~ :				
	③	: ~ :				
	④	: ~ :				
<input type="checkbox"/> チェック ※育児短時間勤務 (利用している場合)	通常	: ~ :				
	短時間	: ~ :				
勤務日数	月平均		日			
産前・産後休業の取得	<input type="checkbox"/> 取得中	年 月 日		復職予定	年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 取得予定	年 月 日		復職予定	年 月 日	
育児休業の取得	<input type="checkbox"/> 取得中	年 月 日		復職予定	年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 取得予定	年 月 日		復職予定	年 月 日	
備考						

※保護者さま記入欄

児童氏名						
本証明書の対象者	<input type="checkbox"/> 父	<input type="checkbox"/> 母	<input type="checkbox"/> 祖父	<input type="checkbox"/> 祖母	<input type="checkbox"/> その他 ()	