

記入の際は、鉛筆や消えるボールペンは使わないでください。書き損じがあった場合は、二重線で消し、訂正印を押して記入してください。(修正液等使用不可)

記入例

令和 6 年 1 月 15 日

受付印

令和 6 年度 放課後児童クラブ入会申込書

三次市長様

三次市放課後児童クラブの利用について、次のとおり申し込みます。

住所	※アパート名・部屋番号までくわしくご記入ください 三次市 十日市東三丁目〇番〇号 メゾンきり 201号			特別支援学級の在籍	有・ <input checked="" type="radio"/> 無
児童手当受給者を保護者として申し込んでください	みよし いちろう 三次 一郎		入会希望児童	ふりがな	みよし たいち 三次 太一
者名	☑上記保護者は児童手当受給者です。		名	前	
連絡先	① 090-0000-0000 母	② 0824-44-4444 母職場	③ 080-1111-1111 父	生年月日	平成 30 年 10 月 10 日 性別 <input checked="" type="radio"/> 男・女
				令和6年4月から	十日市 小学校 新 1 年生
				出身保育所等 (新1年生のみ記入)	十日市保育所
☑感染症等により、保健所から市へ情報提供の依頼があった場合は、対策に必要な個人情報の開示について同意します。					

確認して☑をしてください。

※ちゅうおうのみ下段☑不可	クラブ名	十日市 放課後児童クラブ		※三次・十日市・八次・酒河は、第〇などのクラス選択希望はできません。	
	利用区分	☑長期休暇日を含むクラブ開設日全て 4 月～		☑土曜日利用しない □8月利用しない	
		□長期休暇日のみ利用 (利用を希望する長期休暇に☑をしてください。)			
		□春休み (4月) □冬休み (12月) □冬休み (1月) □春休み (3月)		□土曜日利用しない	
	※夏休みは別途申込が必要です。				
居の家族の状況 (利用児童本人と祖父母を除く、同居者全員)					
同居の家族	氏名	生年月日	児童との続柄	児童を保育できない事由等	
	三次 一郎	大・昭平・令 52 年 7 月 7 日	父	勤務先・病気等の状態	就労・就学時間等
				尾関山株式会社	月～金 8:30 ~ 17:30 土 8:30 ~ 17:30
					シフト勤務有
	三次 花子	大・昭平・令 58 年 8 月 8 日	母	スーパー三次	月～金 9:00 ~ 17:00 土 9:00 ~ 12:00
三次 さくら	大・昭平・令 25 年 12 月 7 日	姉	十日市小学校 5年生(R6.4~)	月～金 : ~ : 土 : ~ :	
	大・昭平・令 年 月 日			月～金 : ~ : 土 : ~ :	
	大・昭平・令 年 月 日			月～金 : ~ : 土 : ~ :	

◎祖父母の状況

区分	氏名	同居(同一敷地や隣接含む)・別居	就労等の状況
父方		同居・ <input checked="" type="radio"/> 不在	就労(常勤・パート・自営)・遠方 70歳以上・その他()
		別居(住所)	
母方	三次 霧江	<input checked="" type="radio"/> 同居・不在	就労(常勤・パート・自営)・遠方 <input checked="" type="radio"/> 70歳以上・その他()
		別居(住所)	
父方	尾関 正平	同居・不在	就労(常勤・パート・自営) <input checked="" type="radio"/> 遠方 70歳以上・その他()
		<input checked="" type="radio"/> 別居(住所 広島市南区〇丁目〇番地〇号)	
母方	尾関 瞳	同居・不在	就労(常勤・パート・自営) <input checked="" type="radio"/> 遠方 70歳以上・その他()
		<input checked="" type="radio"/> 別居(住所 同上)	

◎子どもの健康状況

児童クラブで配慮が必要な事項について、詳細に記入してください。

健康状態	健康 <input checked="" type="radio"/> 病気療養中	※病気療養中の場合 病名・症状 () 通院等について <input checked="" type="radio"/> なし ・ あり ()		
	発達のこと等で相談を受けたことが <input checked="" type="radio"/> なし ・ あり ()			
障害手帳等	身体障害者手帳	<input checked="" type="radio"/> なし ・ あり (障害名:) 等級)		
	療育手帳	<input checked="" type="radio"/> なし ・ あり (障害名:) 等級)		
アレルギー疾患	なし <input checked="" type="radio"/> あり	※ありの場合 喘息・ <input checked="" type="radio"/> アレルギー性鼻炎・アトピー性皮膚炎・じんましん・ <input checked="" type="radio"/> 食物アレルギー その他 ()		
アナフラキシーショックの既往	なし <input checked="" type="radio"/> あり	※ありの場合 いつ (5歳のとき) どこで (自宅) 何により (ピーナッツを食べ) 症状 (じんましん・嘔吐・呼吸困難)		
エピペン	なし <input checked="" type="radio"/> あり	※ありの場合 (有効期限 R6年8月)	エピペン保管場所	〇〇〇の中

◎児童クラブで配慮が必要な既往歴・食物アレルギー等

既往症・アレルギー物質	具体的症状	対応・配慮
ピーナッツ	じんましん・嘔吐	ピーナッツ入りの食物は禁止 嘔吐をしたら母携帯へ電話
てんかん	手足のけいれん	時間を測るとともに母へ電話 5分以上続いたら救急車を要請
卵(非加熱の卵白)	発疹	加熱済であれば大丈夫です

※食物アレルギー等により、児童クラブで提供するおやつに配慮が必要な場合はご相談ください。

◎入会承諾・不承諾について

※該当する箇所に「○」印を記入してください。

入会不承諾となった場合、今後入会可能となれば、入会を希望しますか。	1. 希望する <input type="radio"/> 2. <input checked="" type="radio"/> 希望しない
【兄弟姉妹を申し込んでいる場合のみお答えください。】 申し込んだ兄弟姉妹のうち、誰かが不承諾となった場合でも、入会可能児童のみ入会希望しますか。(希望しない場合は、申込取下げとします。)	1. <input checked="" type="radio"/> 希望する 2. 希望しない <input type="radio"/>

※以下、市の受付者の記入欄です(保護者の方は記入しないでください。)

申込日 (令和 年 月 日)	申込書提出者 児童の ()	受付者 ()
年 月 日		

就労点数	世帯点数	その他	総点数