

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、テープ使用不可)

記入例

令和 5 年 1 月 5 日

令和 5 年度 放課後児童クラブ入会申込書【新規】

受付印

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 マンション 201号			特別支援学級の在籍 有・ 無					
保護者	ふりがな	みよし いちろう		入会希望児童	ふりがな	みよし たいち		性別	男 ・女	
	名 前	三次 一郎			名 前	三次 太一				
連絡先	連絡先①	090-0000-0000	母 母職場 父	令和5年4月から	十日市 小学校	新 1 年生				
	連絡先②	0824-44-4444		生 年 月 日	平成 28 年 10 月 10 日					
	連絡先③	080-1111-1111		出身保育所等 (新1年生のみ記入)						

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。

※上記保護者を納入通知等の対象となる保護者とします。原則、児童手当受給者を保護者として申し込んでください。

確認してをしてください。

※うちょうのみ下段不可。

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ができません。		
<input checked="" type="checkbox"/>	長期休暇日を含むクラブ開設日全ての日	4 月～	(<input type="checkbox"/> 8月のみ利用しない)
<input type="checkbox"/>	長期休暇日のみ利用する場合	(利用を希望する長期休暇に〇をしてください。)	
	・春休み(4月) ・夏休み(7月・8月) ・冬休み(12月)・冬休み(1月)・春休み(3月)		

同居の家族の状況 (利用児童本人と祖父母を除く、同居者全員)

氏名	生年月日	児童との続柄	児童を保育できない事由等		
			勤務先・病気等の状態	就労・就学時間等	備考
三次 一郎	大 昭 平・令 52 年 7 月 7 日	父	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 24 年 12 月 7 日	姉	十日市小学校 5年生(R5.4~)	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 等	就労等の状況
父 方	祖父	同居・ 不在 別居(住所)	就労(常勤・パート・自営)・遠方 70歳以上・その他()
	祖母	三次 霧江 同居・不在 別居(住所)	就労(常勤・パート・自営)・遠方 70歳以上 ・その他()
母 方	祖父	同居・不在 別居(住所 北海道上川郡美瑛町 344-4)	就労(常勤・パート・自営) 遠方 70歳以上・その他()
	祖母	同居・不在 別居(住所 同上)	就労(常勤・パート・自営) 遠方 70歳以上・その他()

◎子どもの健康状況

健康状態	<input checked="" type="radio"/> 健康・病気療養中 (病名・症状 通院等について <input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり (発達のこと等で相談を受けたことが <input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり)		児童クラブでの配慮が必要な事項については、詳細を下記の欄に記入してください。
障害手帳等	身体障害者手帳 <input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり (障害名)	療育手帳 <input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> 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 (ピーナッツを食べて) 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 R5年8月)	エピペン保管場所 0000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「○」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。 【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. 希望する <input checked="" type="radio"/> 2. 希望しない <input type="radio"/>
	1. 希望する <input checked="" type="radio"/> 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