

# 児童クラブ利用申込書

令和 年 月 日

須賀川市長

〒962-\_\_\_\_\_

住 所 須賀川市 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_

自宅の電話番号 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

※緊急時連絡先 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_児童クラブに下記児童の利用を申し込みます。

第2希望 \_\_\_\_\_ 児童クラブ

ふりがな ..... 氏 名		男・女	生年月日 平成 年 月 日 ( 歳)			
学校名等		小学校		学年 ( 令和6年4月1日現在 )		
世帯構成員	ふりがな 氏 名 ※1	続柄	生年月日 (和暦) (令和6年4月1日現在の年齢)		申請理由 ※2	勤務先・学校名
			年 月 日 ( 歳)			
			年 月 日 ( 歳)			
			年 月 日 ( 歳)			
			年 月 日 ( 歳)			
			年 月 日 ( 歳)			
			年 月 日 ( 歳)			
			年 月 日 ( 歳)			

※1 保護者及び利用申込児童と同居している全ての方 (児童本人を除く。) を記入してください。

※2 同居する父母及び70歳未満の祖父母のみ申請理由欄に該当する下記の番号を記入してください。

- 1 就労    2 妊娠・出産    3 疾病・障がい    4 看護・介護    5 就学    6 災害

7 その他 [ \_\_\_\_\_ ]

裏面もご記入ください。

## ○児童の健康状態等について

該当する方を○で囲い、必要事項を記入してください。

(1) 継続して治療している病気等がありますか。

【 ない ・ ある：病気等の名前\_\_\_\_\_】

(2) 慢性疾患で治療を受けていますか。

【 受けていない ・ 受けている：病気の名前\_\_\_\_\_】

(3) 身体障害者手帳をお持ちですか。 **※お持ちの場合は、手帳のコピーを添付してください。**

【 持っていない ・ 持っている：等級\_\_\_\_\_種\_\_\_\_\_級\_\_\_\_\_】

(4) 療育手帳をお持ちですか。 **※お持ちの場合は、手帳のコピーを添付してください。**

【 持っていない ・ 持っている：程度\_\_\_\_\_】

(5) 特別児童扶養手当を受給していますか。 **※お持ちの場合は、証書のコピーを添付してください。**

【 受給していない ・ 受給している：等級\_\_\_\_\_】

(6) 食事、排便、着脱衣、身辺整理等を自力で行うことができますか。【 できる ・ できない 】

(7) 介助を求めることなく、集団生活を送ることができますか。【 できる ・ できない 】

(8) 食物アレルギーがありますか。【 ない ・ ある：食物名：\_\_\_\_\_】

(9) 健康面や生活面で気になること、あらかじめ伝えたいことなどありましたら、ご記入ください。

( \_\_\_\_\_ )

## ○申込みに係る同意事項について

児童クラブの申込にあたり、次の事項の確認欄に☑を記入してください。

なお、同意いただけない事項がある場合は、利用できません。

児童クラブの利用業務に関して、市が申込人及びその生計同一者について必要な住民情報の閲覧を行うことに同意します。

児童クラブの利用に関し必要な場合は、児童クラブや学校等関係機関と児童に関する情報を共有することについて同意します。

「須賀川市児童クラブのきまり」を守り児童クラブの円滑な運営に協力します。

なお、きまりを遵守できない場合、利用承認を取り消されても異議申し立てはしません。

保護者氏名（自署）\_\_\_\_\_