

記入例

児童クラブ利用申込書

申請日を記入

令和 6年 10月 1日

西袋第一小学区は児童クラブが複数あるため、第1・第2希望を記入してください。希望する児童クラブにおいて、定員を超える場合は、調整の上、利用承認決定を行います。利用できないこともありま

代表保護者 〒962-8601

住所 須賀川市 八幡町135

氏名 須賀川 太郎

電話 090-0000-1111

須賀川一小 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

新年度の学年を記入

住所地の通学区域外の学校へ通う場合はチェックを入れてください。

Form with fields for name (須賀川 一郎), birth date (平成 30年 4月 28日), school (須賀川第一小学校), and family members table with columns for name, relationship, birth date, and application reason.

※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 父母及び同居する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 []

※事務処理欄

受付場所 [] 市役所 [] 児童クラブ [] 受付日 [] 年 [] 月 [] 日 [] 受付番号 [] 第 [] 号 []

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。

耳鼻科・歯科などは記入しなくてもかまいません。

(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。

【 受給していない ・ 受給している：等級 2 】

おやつ等で参考としますので、該当する方は記入してください。

(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：ピーナッツ 】

(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。

何でも結構ですので、気になることなど記入してください。

<例>

・ 喘息持ちなので、発作が起きたら母親に連絡ください。

○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、入所できません。

☑ 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。

上記の確認欄への☑と署名の方を忘れず記入してください。

代表保護者氏名（自署）

須賀川 太郎

家庭状況調査書

記入例

利用希望の 児童名	フリガナ スガワ イロウ	フリガナ	フリガナ
	須賀川 一郎		
	平成 30 年 4 月 28 日生	平成 年 月 日生	平成 年 月 日生

父親の 状況	就労 状況	勤務先名	(株)須賀川建設	勤務先住所	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅外 <input type="checkbox"/> 自宅 須賀川市八幡町135番地		
		仕事の内容	<input checked="" type="checkbox"/> 正規 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 自営	<input type="checkbox"/> その他()			
		就労時間	平日	8時 30分 から 17時 15分	シフト制	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無	
			土曜	時 分から 時 分	就労開始	平成 21 年 4 月 1 日から	
		休日	週に 2 日(土、日 曜日) 1か月に 8 日				
	その他の 状況	病 気	入院期間(年 月から 年 月)		通院 1か月に 回通院		
			自宅療養(年 月から 年 月)				
		障 害	<input type="checkbox"/> 身障1・2級 <input type="checkbox"/> 身障3級～ <input type="checkbox"/> 精				
		他の人の 介護・看護	被介護者氏名()		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
			<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 住宅		月から 年 月)		
	付添い 週に 日(曜日)1か月に 日						
	そ の 他	<input checked="" type="checkbox"/> ひとり親(離別・死別) <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 単身赴任 <input type="checkbox"/> その他()					
	育 児 休 暇	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで					

母親の 状況	就労 状況	勤務先名	(株)うつみね商事	勤務先住所	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅外 <input type="checkbox"/> 自宅 須賀川市館取町145番地		
		仕事の内容	<input type="checkbox"/> 正規 <input checked="" type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 自営	<input type="checkbox"/> その他()			
		就労時間	平日	9時 00分 から 16時 00分	シフト制	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	
			土曜	8時 30分 から 14時 00分	就労開始	平成 28 年 4 月 1 日から	
		休日	週に 2 日(日、月 曜日) 1か月に 8 日				
	その他の 状況	病 気	入院期間(年 月から 年 月)		通院 1か月に 回通院		
			自宅療養(年 月から 年 月)				
		障 害	<input type="checkbox"/> 身障1・2級 <input type="checkbox"/> 身障3級～ <input type="checkbox"/> 精				
		他の人の 介護・看護	被介護者氏名()		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
			<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 住宅		月から 年 月)		
	付添い 週に 日(曜日)1か月に 日						
	そ の 他	<input type="checkbox"/> ひとり親(離別・死別) <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 単身赴任 <input type="checkbox"/> その他()					
	出 産	令和 6 年 10 月 3 日予定日					
	産前・産後休暇	令和 6 年 8 月 4 日から 令和 6 年 11 月 28 日まで					
	育 児 休 暇	令和 6 年 11 月 29 日から 令和 7 年 4 月 30 日まで					

裏面もご記入ください。

緊急連絡先	優先順位	電 話 番 号
	1	Tel: 090-0000-0000 <input type="checkbox"/> 父 <input checked="" type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他()
		Tel: 090-0000-0000 <input checked="" type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他()
	3	Tel: 0248-75-1111 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他()

		氏 名	年 齢	就 労	健康状況	親族保育	住所と電話番号 (別居の方のみ記載)
祖 父 母 の 状 況	父 方	祖父 須賀川 平雄 児童と <input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	72 歳	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 良好 <input checked="" type="checkbox"/> 病気等	<input type="checkbox"/> 可能 <input checked="" type="checkbox"/> 不可能	住所 Tel() -
		祖母 須賀川 和子 児童と <input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	67 歳	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 病気等	<input type="checkbox"/> 可能 <input checked="" type="checkbox"/> 不可能	住所 Tel() -
	母 方	祖父 郡山 健二 児童と <input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居	68 歳	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 病気等	<input type="checkbox"/> 可能 <input checked="" type="checkbox"/> 不可能	住所 郡山市朝日1-23-7 Tel (024)924-2491
		祖母 郡山 牡丹 児童と <input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居	66 歳	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 良好 <input checked="" type="checkbox"/> 病気等	<input type="checkbox"/> 可能 <input checked="" type="checkbox"/> 不可能	住所 同 上 Tel() -
その他		祖父母が家庭内保育をできない場合はその理由を記入してください。 同居している父方の祖父は高齢で、祖母は就労しているため。					

児 童 の 健 康 状 態	フリガナ スカガワ イチロウ	治療中の病気等 () 投 薬(有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無)
	氏 名 須賀川 一郎	身体障害者手帳等(有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無)療育手帳(有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無) 特別児童扶養手当(有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無)
	<input checked="" type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> その他	食物アレルギー (<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無) 食品名(卵、牛乳) お子さんの性格 (おとなしい ・ <input checked="" type="checkbox"/> 活発 ・ 落ち着きがない)
	フリガナ	治療中の病気等 () 投 薬(有・無)
	氏 名	身体障害者手帳等(有・無)療育手帳(有・無) 特別児童扶養手当(有・無)
	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> その他	食物アレルギー (有 ・ 無) 食品名() お子さんの性格 (おとなしい ・ 活発 ・ 落ち着きがない)
	フリガナ	治療中の病気等 () 投 薬(有・無)
	氏 名	身体障害者手帳等(有・無)療育手帳(有・無) 特別児童扶養手当(有・無)
	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> その他	食物アレルギー (有 ・ 無) 食品名() お子さんの性格 (おとなしい ・ 活発 ・ 落ち着きがない)

児童の養育上心配な事や悩んでいる事がありましたら記入して下さい

主たる送迎者 父 母 祖父 祖母 その他() 迎えの時間 **17時 30分頃**

交通機関 自動車 自転車 徒歩 その他()

備 考