

放課後児童クラブ入所申請書

新庄市長 宛 申込日 令和 年 月 日

受 付

1.児童の保護者

保 護 者	住 所	〒 新庄市
	氏 名	
	電 話	
	地区名	

次のとおり、関係書類を添付して、放課後児童クラブの入所を申込みます。また、市が費用の負担額の決定について必要な次の内容について同意いたします。

- ①市の関係機関へ要保護世帯又は準要保護世帯の確認をすること。
 - ②私及び私の世帯に関する所得状況及び世帯情報を確認すること。
- ※記載内容に不正（虚偽）が認められた場合は、利用を取り消す場合があります。

2.入所児童

児 童 氏 名	ふりがな	生 年 月 日	年齢	性別	小学校・学園名
		年 月 日			
					年(R9.4.1現在の学年)
利用希望 施設	日新・新庄・明倫・萩野	前利用保育所・幼稚園 (その他)児童クラブ			

3.緊急連絡先

	氏 名	続 柄	電話番号（自宅・勤務先）	携帯番号
1				
2				
3				

※緊急時の連絡は、緊急連絡先欄の番号順に連絡します。

4.利用希望内容

期 間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日まで				
理 由	父	☐ 就労 ☐ 疾病・障害 ☐ 介護 ☐ 求職活動 ☐ 就学 ☐ その他			
	母	☐ 就労 ☐ 疾病・障害 ☐ 介護 ☐ 求職活動 ☐ 就学			
		☐ 妊娠・出産【育休中は利用できません】 ☐ その他			

5. 申込児童の家族状況

申 込 （ 同 居 児 童 家 族 外 の 含 む 家 族 構 成 ）	氏名※1	生年月日	性別	続柄	勤務先・通学先等	備考
	(ふりがな)	年 月 日	男	父		
	(ふりがな)	年 月 日	女	母		
	☐ 現在妊娠中である（出産予定日： 年 月 日） 育休取得予定 無・有					
	(ふりがな)	年 月 日	男・女			
	(ふりがな)	年 月 日	男・女			
	(ふりがな)	年 月 日	男・女			
	(ふりがな)	年 月 日	男・女			
	(ふりがな)	年 月 日	男・女			
	ひとり親世帯等		☐ 離婚 ☐ 死別 ☐ 未婚 ☐ 別居（調停 有・無）			
生活保護の適用の有無		☐ 非該当 ☐ 該当（ 年 月 日保護開始）				

健康・生活状態申告欄

(希望するクラブ名： 児童氏名：)

記入日： 年 月 日	記入者氏名：
------------	--------

児童を安全にお預かりするために参考とさせていただきますので、必ずご記入ください。

※ご記入いただいた内容は、各公立放課後児童クラブへ情報提供いたします。心身の障害等で、特別な支援・配慮が必要な児童のご利用に際しては、利用開始後の児童の生活や職員のサポートについてご相談するための事前面談を実施します。

※ご記入いただいた内容で、放課後児童クラブの審査に不利となることはございません。

1 利用を希望される児童についてお答えください。

(1) **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。**

※介助を必要とする場合、必要な項目を選択の上、介助の詳細をカッコ内にご記入ください。

(できる ・ 介助が必要〔 食事 ・ 排便 ・ 着脱衣 ・ 身辺整理 ・ その他 〕)

介助の内容 ()

(2) **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 ・ 部分的に介助〔 〕 ・ 全て介助)

(3) **持病等で継続して服用している薬はありますか。 ※「はい」の場合は、具体的に教えてください。**

(いいえ ・ はい 病名〔 〕 薬の種類〔 〕 服用回数〔 〕)

(4) **①食物アレルギーはありますか。 ※「はい」の場合は、②もお答えください。**

(いいえ ・ はい〔 原因食物： 〕)

[②アドレナリン自己注射薬 (「エピペン®」) の処方を受けていますか。

(いいえ ・ はい)

(5) **放課後児童クラブ以外の施設 (民間の放課後等デイサービスなど) への通所 (予定) がありますか。**

(いいえ ・ はい〔 施設名： 〕)

(6) **身体障害者手帳または精神障害者保健福祉手帳、療育手帳をお持ちですか。 ※「はい」の場合は、手帳の写しを提出してください。**

(いいえ ・ はい 身体障害者手帳〔 級〕、精神障害者保健福祉手帳〔 級〕、療育手帳〔 程度 〕)

(7) **発達障がい等の診断を受けたことがありますか。 ※「はい」の場合は、医師の診断書の写しを提出してください。**

(いいえ ・ はい 診断名〔 〕 診断機関〔 〕)

診断日 (西暦)〔 年 月 日 〕

2 健康面や生活面で気になること、あらかじめ伝えておきたいことなどがありましたら、ご記入ください。

[]