

## 放課後児童クラブ入会申込書兼家庭調書

最上町長殿

※途中入会の場合:利用開始日 令和 年 月 日

放課後児童クラブの入会について次のとおり申し込みます。

令和 年 月 日

現住所	最上町大字 (集落名)	保氏 護者名
-----	----------------	-----------

児童氏名	生年月日	性別	小学校名・学年 (令和8年4月からの学年)	区分
(ふりがな) 氏名	令和 年 月 日 平成	男 ・ 女	小学校 年生	新規 ・ 継続
入会希望 ク ラ ブ	( )すこやかクラブ	※開設場所 : 向町すこやかクラブ : 大堀すこやかクラブ		

入会を必要とする理由	<input type="checkbox"/> 保護者(両親・祖父母共に)が就労中、子どもの面倒を見ることができないため
	<input type="checkbox"/> 家族は在宅しているが、疾病等で子どもの面倒を見ることができないため
	<input type="checkbox"/> その他 [ ]

希望する利用区分 (どちらかに○印)	区分(1)での利用を希望する	区分(2)での利用を希望する
	※通常での利用(1年間) ※春・夏・年末年始休み・学校休業日の 利用を含む <input type="checkbox"/> 土曜日なし <input type="checkbox"/> 土曜日あり	※長期休みのみの利用 <input type="checkbox"/> 学校休業日(土曜日含む) <input type="checkbox"/> 春休みの属する月(3月・4月) <input type="checkbox"/> 夏休みの属する月(7月・8月) <input type="checkbox"/> 年末年始休み(12/28~1/3は休所)の属する月(12月・1月)
※利用希望日に <input checked="" type="checkbox"/>	主な迎え者: 父・母・祖父・祖母 その他(氏名: (氏名: 迎えの時間: 時 分頃	続柄: 続柄: )
お迎えの予定時間等		

緊急連絡先を優先順に記入してください。

優先順	氏名(続柄)	電話番号
①	( )	
②	( )	
③	( )	

税情報等の提供に当たっての署名欄

最上町長殿

以上のとおり、放課後児童クラブの入会について、児童家庭調書を添えて申し込みます。

また、最上町放課後児童クラブ実施要綱第10条に基づき利用料の減免を申請します。

なお、必要に応じ私の世帯の個人情報(課税状況・所得状況、生活保護等の受給状況等)を閲覧することに同意します。

また、最上町放課後児童クラブ入会案内の内容について理解し、利用ルールを守れない場合は、放課後児童クラブを退会することに同意します。

保護者氏名

《入会児童の家庭の状況》(児童を除く同居家族全員について記入してください)

ふりがな 氏名	続柄	生年月日	性別	職業	勤務先及び学校名
		T・S・H・R .. .	男・女		
		T・S・H・R .. .	男・女		
		T・S・H・R .. .	男・女		
		T・S・H・R .. .	男・女		
		T・S・H・R .. .	男・女		
		T・S・H・R .. .	男・女		
		T・S・H・R .. .	男・女		
		T・S・H・R .. .	男・女		
		T・S・H・R .. .	男・女		
		T・S・H・R .. .	男・女		

両親の状況について記入してください。

父	1. 就労 [A. 居宅外勤務 B. 自営業（自宅内・自宅外） C. 農業 D. 内職] ( 自宅～勤務先 : 分 クラブ～勤務先 : 分 )
	2. その他 ( )
母	1. 就労 [A. 居宅外勤務 B. 自営業（自宅内・自宅外） C. 農業 D. 内職] ( 自宅～勤務先 : 分 クラブ～勤務先 : 分 )
	2. その他 ( )

同居の祖父母または介護にかかる家族について記入してください。

(続柄)	お子さんを見られない状況等について記入してください。
(続柄)	お子さんを見られない状況等について記入してください。
(続柄)	お子さんを見られない状況等について記入してください。

お子さんの健康状態について記入してください

平熱	主な養育者

《既往症等について》（該当箇所に年齢を記入）

心臓病	歳	水痘(みずぼうそう)	歳	てんかん	歳	手術( )	歳
腎臓病	歳	耳下腺炎(おたふく)	歳	ひきつけ けいれん	歳		
肺 炎	歳	麻疹(はしか)	歳	脱臼( )	歳	入院( )	歳
ぜん息	歳	風疹(三日はしか)	歳	その他( )			

アレルギー等があれば記入してください

アレルギー	a) あり	[ 1, 食物    2, 花粉    3, アトピー    4, その他 ]
	b) なし	具体的な 症 状 [ ]
医師から禁止され ていること等		
治療中の けがや病気	病名	
	かかりつけ医	
	内服(使用)中の薬	

特に留意してほしいことがあれば、記入してください。

特記事項	
------	--