

# 放課後児童クラブ入会申込書兼家庭調書

最上町長 殿

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6年4月からの学年)	区分
(ふりがな)		平成 年 月 日生	男・女	小学校 年	新規・継続
氏名					

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
	※通年での利用(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☑		
お迎えの予定時間等	主な迎え者： 父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母 その他(氏名： ) 続柄： ) (氏名： ) 続柄： ) 迎えの時間： 時 分頃	

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。  <div style="text-align: right;">保護者氏名 _____</div>
--

《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 . .			
		T・S・H・R . .			
		T・S・H・R . .			
		T・S・H・R . .			
		T・S・H・R . .			
		T・S・H・R . .			
		T・S・H・R . .			
		T・S・H・R . .			
		T・S・H・R . .			
		T・S・H・R . .			

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わ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	
------	--