

## 児童クラブ利用申請書

令和 年 月 日

知立市長様

申請者（保護者）

住所 .....  
 氏名 .....  
 電話 ( ) .....

児童クラブの利用について次のとおり申請します。申請内容に変更が生じた場合は速やかに届け出ます。

ふりがな 児童氏名		性別			
生年月日	年 月 日	続柄			
小学校名等	小学校 新 年生				
希望クラブ名	児童クラブ				
卒園名	保育園 ・ 幼稚園				
利用理由	<input type="checkbox"/> 昼間に就労している <input type="checkbox"/> その他 ( )				
利用区分	<input type="checkbox"/> 通年利用 <input type="checkbox"/> 学校休業日の期間中に限り利用（前期のみ ・ 後期のみ ・ 前期及び後期）				
利用希望	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土				
利用期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				
保護者	父	氏名	電話 ( ) -	生年月日	
		勤務先	電話 ( ) -		
		所在地			
	母	氏名	電話 ( ) -	生年月日	
		勤務先	電話 ( ) -		
		所在地			
家族・同居者	氏名	続柄	生年月日	勤務先・学校名等	

(注) 利用理由により必要な書類を添付してください。

- 1 就労を理由としての申請・・・就労証明書
- 2 入院を理由として申請・・・医師の診断書

処理欄①	受付者	利用要件・添付確認				利用期間確認			
	父	母	<input type="checkbox"/> 有座	<input type="checkbox"/> 有不要	<input type="checkbox"/> 通年・前期及び後期 ~3/31	<input type="checkbox"/> 前期のみ ~9/30	<input type="checkbox"/> 後期のみ 10/1以降~3/31		

処理欄②	兄弟姉妹 通年 新 年 あり 休業日 新 年			
	確認	入力	※	※
				新継

該当するものの□に✓してください。

【 受付時職員確認欄 】

新規・継続 の区分	<input type="checkbox"/> 新規（現在利用登録していない）  <input type="checkbox"/> 以前利用したことがある  <input type="checkbox"/> 初めて利用する <input type="checkbox"/> 「口座振替依頼書」（必須） 銀行受付印あるか確認 依頼人控をコピーして添付もしくは 窓口提示（依頼人控コピー後に返却）	<input type="checkbox"/> 継続（現在利用登録している）  <input type="checkbox"/> 変更なし <input type="checkbox"/> 変更あり（利用区分変更） <input type="checkbox"/> 通年→学校休業日の期間中に限り利用 <input type="checkbox"/> 学校休業日の期間中に限り利用→通年 <input type="checkbox"/> 変更あり（その他） ( )
兄弟姉妹 申請	<input type="checkbox"/> あり 通年利用 新 年生 名前: _____ 新 年生 名前: _____ 学校休業日の期間中に限り利用 新 年生 名前: _____ 新 年生 名前: _____	<input type="checkbox"/> なし
減免案内	<input type="checkbox"/> 減免申請希望 → 申請書類をご案内します  <input type="checkbox"/> 減免申請書を利用申請書と同時提出  <input type="checkbox"/> 減免申請書は後日提出予定（減免案内済み）	<input type="checkbox"/> 申請しない
アレルギー	<input type="checkbox"/> あり アレルゲンを記入 ( )  エピペン <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし
児童の健康 等の状況	児童を安全にお預かりするため、児童の健康等の状況についてお知らせください。 あてはまるものの□に✓をしてください。（必要に応じて利用前に面談を実施することがあります）	
	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱（病名等を具体的に _____） <input type="checkbox"/> 障がい等 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 判定 _____ 級 <input type="checkbox"/> 療育手帳 判定 _____ 級 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 判定 _____ 級 <input type="checkbox"/> 手帳なし <input type="checkbox"/> 発達などに気になる点がある <input type="checkbox"/> 児童発達支援・放課後等デイサービスなどの障害児通所支援を受けている （※受ける予定ありの場合も✓してください） <input type="checkbox"/> 医師の診断書あり	
	上記の状況について、知っておいてほしいことや心配ごとがあれば記載してください。また、その他に知っておいてほしいことがあれば記載してください。（必要に応じて詳細をお尋ねすることがあります）	
その他併用 状況	放課後子ども教室と併用（予定） <input type="checkbox"/> あり	
希 望 連 絡 先	昼間に連絡のつく連絡先（表面以外の連絡先があれば記入） ※入所書類審査連絡に使用します 電話番号 _____ メールアドレス _____	

※「兄弟姉妹申請」欄は表面の申請児童以外に申込する兄弟姉妹について、利用区分と学年、名前を記入してください