様式第１号（第５条関係）

# 児童クラブ通所申請書 兼 児童台帳　（ 新規 ・ 継続 ）

令和　　年　　月　　日

（申請先）東御市長　　〒

申請保護者　住所　東御市

ふりがな

氏名

電話　（自宅）　　（携帯）

児童クラブへ通所したいため、次のとおり申請します。

なお、申請内容の審査のため、市が住民基本台帳等を閲覧することに同意します。

| 学校名 | 小学校 | クラブ名 | 児童クラブ | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ふりがな | | 学年 | 年　組 | 性別 | 男・女 |
| 児童氏名 | | 生年月日 | 平成・令和　年　月　日 | | |
| 利用希望期間 | 令和　年　月　日から　令和　年　月　日まで | | | | |
| 利用予定日 | □平日　利用頻度（目安）／週に　日（月・火・水・木・金）・毎日<br>□土曜日 | | | | |

| 世帯（同居）の状況（申請児童以外）※1 | 氏　名 | 続柄 | 生年月日 | 勤務先・学校名（学年）・保育園等 | 勤務先電話番号<br>個人携帯電話番号 | 緊急連絡優先順位 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | T・S・H・R<br>・　・ | | | |
| | | | T・S・H・R<br>・　・ | | | |
| | | | T・S・H・R<br>・　・ | | | |
| | | | T・S・H・R<br>・　・ | | | |
| | | | T・S・H・R<br>・　・ | | | |

| 利用理由 | ※該当する☑にチェックを入れてください。<br>□就労　□疾病　□介護　□出産　□その他（　　） |
|---|---|
| お迎え | 平日午後　　時　　分頃　主にお迎えは＜　　＞が行きます。 |

※１同居している方は全員、単身赴任等で同居していない保護者の方についてもご記入ください。

※２緊急連絡優先順位は、裏面の同居世帯以外の緊急連絡先と連番になるようにご記入ください。

≪裏面も必ずご記入ください≫

| 処理欄 | 受付日 | No. | 就労証明 | 口座情報 | 減免 | 入力 | 備考 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ・ | | | □ 新規　□ 口座有 | | | |

| 同居世帯以外の緊急連絡先 | 氏名 | 続柄 | 電話番号 | 住所 | 緊急連絡優先順位 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

※祖父母、親戚等を記入

児童の健康状態等

| 血液型 | 型（ ＋ － ） | 保険証記号番号 | 記号　　番号 |
|---|---|---|---|
| かかりつけ医療機関 | 医院名 | 電話番号 | |
| 長期治療中 | 症状 | 医療機関 | |
| 身体状態 | □健康　□病弱な面がある　□病気（　　） | | |
| | 常用している薬 | ない・ある（　　） | |
| | 障がいに関する手帳 | ない・ある（ 身体障害者手帳___級 ・ 療育手帳____級 ） | |
| | 特別児童扶養手当受給 | ない・ある | |
| | 特別支援学級（予定） | ない・ある | |
| | 保育園での加配対応（新1年生のみ） | ない・ある | |
| アレルギー | 食品アレルギー | ない・ある（　　） | |
| | アルコールを含む食品（チョコパイ、蒟蒻畑等） | 提供可・提供不可 | |
| | その他アレルギー | ない・ある（　　） | |
| その他 | 職員に知らせておきたいこと等 | | |

**※下記の内容をご確認いただき、☑にチェックを入れてください。**

□　児童クラブには定員がありますので、申請希望に添えない場合があります。

□　この申請書の記載内容・添付書類が事実と相違する場合は、通所を取り消す場合があります。

□　届出内容に変更が生じた場合は、速やかに事務局までご連絡ください。

□　利用状況(児童クラブでは対応できない場合、利用日数が少ない場合)等によっては、退所していただく場合もあります。

□　学校や関連機関から児童の生活状況等を把握させていただく場合もあります。