

記入例

児童クラブ入所申込書

受付時に記入しますので、
日付は記入しないでください。

〇年 〇月 〇日

利府町長 宛

児童クラブ使用料の納入義務者
(口座名義人) を記入してください。

住 所 利府町菅谷台〇丁目△番地口

氏 名 利府 太郎

連絡先 090-1234-56〇〇

※間違った場合は、二重線で修正してください。訂正印の押印は不要です。

保護者 (納入義務者)

希望入所期間における
学年を記入してください。

知的障害や身体障害だけでなく、
ADHD 等の発達障害も含まれます。

次のとおり児童クラブへの入所を申し込みます。

児童の状況	氏 名	ふりがな りふ じろう	男	生 年 月 日	学年	障害の有無
		利府 二郎	女	■年 〇月〇〇日	(4月1日現在) 新1年生	有 無
	学 校 名	希望児童クラブ		希望入所期間	就学前の状況(新1年生のみ)	
	菅谷台小学校	菅谷台小児童クラブ		■年4月1日から △年3月31日まで	[保育所]・園 菅谷台 幼稚園	

利用予定日	<input checked="" type="checkbox"/> 学校登校日	[月] ・ 火 ・ [水] ・ 木 ・ [金]	〇で囲んでください。
	<input checked="" type="checkbox"/> 土曜日	土曜日は勤務証明書で土曜勤務が確認できる場合にご利用いただけます。	
	<input checked="" type="checkbox"/> 学校長期休業日等	最長1年間(年度末まで)です。 ※長期休業のみ利用の場合、 期間の記入は不要です。	

家庭の状況	氏名 (ふりがな)	続柄	生年月日	年齢	勤務先名 (TEL) ・ 学校名 (学年)
	りふ 太郎	父	M・T・[S]・H・R ●●年■月●●日	45	株式会社〇〇〇 022-123-456
	りふ 花子	母	M・T・[S]・H・R ●●年△月〇日	33	有限会社□□ 022-789-〇〇〇
	りふ 一郎	長男	M・T・S・[H]・R 〇〇年■月■日	11	菅谷台小学校 5年
	りふ 花	祖母	M・T・[S]・H・R ●●年□月〇〇日	61	株式会社▲▲〇 022-000-▲▲▲
	該当する番号に〇をつけてください。		M・T・S・H・R 年 月 日		世帯分離を問わず同居家族全員を 記入してください。

申込み理由	① 保護者及び保護者に準じる者のいずれかが、就労のため	緊急連絡先
	2 保護者及び保護者に準じる者が、病気又は看護若しくは介護のため	
	3 その他 ()	

必要添付書類	①090-1234-56〇〇 氏名 利府 太郎 児童からみた続柄 (父)
<input checked="" type="checkbox"/> 勤務証明書又は自営業就労証明書	②080-1234-56▲▲ 氏名 利府 花 児童からみた続柄 (祖母)
<input type="checkbox"/> 児童に障害がある場合は児童の身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳又は療養手帳の写し	
<input type="checkbox"/> その他必要添付書類	

添付書類にレ点をつけてください。

日中必ず連絡がとれる番号を
記入してください。

記入例

様式第2号(第3条関係)

児童状況調査表

児童の氏名	利府 二郎		
児童の健康状態	持病又は大きい病気をしたことがありますか。(ぜんそく・アレルギー・食事制限等) ・卵アレルギー ・ぜんそく ・過去に熱性けいれんあり 平熱(36.5 ℃)		
児童の性格	長所 明るく正義感が強い 短所 落ち着きがない		
かかりつけの病院	病院名 利府〇〇〇病院 住 所 利府町▲▲丁目〇番地□□ 電話番号 022-〇〇〇-□□□□ 服用している薬 〇〇〇		
習い事の状況	内 容 水泳教室 曜 日 火曜日、木曜日 時 間 午後3時から午後5時まで		
配慮してほしいこと	・過去に熱性けいれんを起こした事があります。症状が出た時は●●●●してください。 ・喘息は日常生活に影響はありません。 ・危ないことや悪いことをした時は叱ってください。		
発達面又は集団生活において心配なこと	・落ち着きがないと感じることがあります。 ・兄弟げんかで手が出ることもあるので、お友達に手が出ないか心配です。 ・時間の管理が苦手なのが心配です。		

持病やアレルギー等はできるだけ詳しく記入してください。
重度の場合は必ずご相談ください。

日常生活に支障の有無に関わらず、必ず記入してください。

普段の生活の注意点だけでなく、病気や発作などの対応方法について詳しく記入してください。

児童に障害がある場合に記入してください。

障害の内容				
各種手帳の状況	身体障害者手帳			
	精神障害者保健福祉手帳	級		
	療育手帳	A B 判定		
	その他			
日常生活の状況	食 事	<input type="checkbox"/> 一人でできる	<input type="checkbox"/> なんとかできる	<input type="checkbox"/> 介護が必要
	排 泄	<input type="checkbox"/> 一人でできる	<input type="checkbox"/> なんとかできる	<input type="checkbox"/> 介護が必要
	着 脱	<input type="checkbox"/> 一人でできる	<input type="checkbox"/> なんとかできる	<input type="checkbox"/> 介護が必要
	理解力	<input type="checkbox"/> わかる	<input type="checkbox"/> 大体わかる	<input type="checkbox"/> くりかえしが必要
通所施設の利用状況	施 設 名 住 所 電話番号 通所曜日			
障害に関して配慮してほしいこと				

身体障害や知的障害に限らず、注意欠陥多動性障害や自閉症スペクトラム障害等の場合も記入してください。

様式第 1 号（第 3 条関係）

児童クラブ利用申込書

年 月 日

利府町長 宛

住 所
氏 名
連絡先
保護者（納入義務者）

次のとおり児童クラブの利用を申し込みます。

児童の状況	氏名	ふりがな		男 女	生 年 月 日		学 年	障害の有無
					年 月 日		(4月1日現在) 新 年生	有 無
	学 校 名		希望児童クラブ		希望利用期間		就学前の状況(新1年生のみ)	
	小学校		児童クラブ		年 月 日から 年 月 日まで		保育所・園 幼稚園	
利用予定日	<input type="checkbox"/> 学校登校日 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ○で囲んでください。							
	<input type="checkbox"/> 土曜日							
	<input type="checkbox"/> 学校長期休業日等							
家庭の状況	氏名（ふりがな）		続柄	生年月日		年齢	勤務先名（TEL）・学校名（学年）	
				年 月 日				
				年 月 日				
				年 月 日				
				年 月 日				
				年 月 日				
				年 月 日				
申込理由	1 保護者及び保護者に準じる者のいずれかが、就労のため 2 保護者及び保護者に準じる者が、病気又は看護若しくは介護のため 3 その他（ ）						緊急連絡先	
	必要添付書類 <input type="checkbox"/> 勤務証明書又は自営業就労証明書 <input type="checkbox"/> 児童に障害がある場合は児童の身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳又は療養手帳の写し <input type="checkbox"/> その他必要添付書類						① — — 氏名 児童からみた続柄（ ）	
② — — 氏名 児童からみた続柄（ ）								

様式第 2 号(第 3 条関係)

児童状況調査表

児童の氏名	
児童の健康状態	持病又は大きい病気をしたことがありますか。(ぜんそく・アレルギー・食事制限等) 平熱(°C)
児童の性格	長所 短所
かかりつけの病院	病 院 名 住 所 電話番号 服用している薬
習い事の状況	内 容 曜 日 時 間
配慮してほしいこと	
発達面又は集団生活 において心配なこと	

児童に障害がある場合に記入してください。

障害の内容				
各種手帳の状況	身体障害者手帳	種 級		
	精神障害者保健福祉手帳	級		
	療育手帳	A B 判定		
	その他			
日常生活の状況	食 事	<input type="checkbox"/> 一人でできる	<input type="checkbox"/> なんとかできる	<input type="checkbox"/> 介護が必要
	排 泄	<input type="checkbox"/> 一人でできる	<input type="checkbox"/> なんとかできる	<input type="checkbox"/> 介護が必要
	着 脱	<input type="checkbox"/> 一人でできる	<input type="checkbox"/> なんとかできる	<input type="checkbox"/> 介護が必要
	理解力	<input type="checkbox"/> わかる	<input type="checkbox"/> 大体わかる	<input type="checkbox"/> くりかえしが必要
通所施設の利用状況	施 設 名 住 所 電話番号 通所曜日			
障害に関して配慮してほしいこと				