

第 1 号 様 式 (第7条関係)

喜多方市放課後児童クラブ登録申請書

令和 年 月 日

喜多方市長 様

〒
喜多方市

申請者住所

(保護者)フリガナ氏名

申請に関する問合せ電話番号

児童クラブの登録について次のとおり申請します。

児童クラブ名		児童クラブ ※通学している学区の児童クラブになります		利用開始希望日		令和 年 月 日	
申請児童	1	フリガナ氏名		男・女	生年月日	平成 年 月 日	
					学年	年	新規申込・継続申込 どちらかに○
	2	フリガナ氏名		男・女	生年月日	平成 年 月 日	
					学年	年	新規申込・継続申込 どちらかに○
	3	フリガナ氏名		男・女	生年月日	平成 年 月 日	
					学年	年	新規申込・継続申込 どちらかに○
利用予定曜日		月・火・水・木・金・土			お迎え時間		午後 時 分頃
家族の状況 (申請児童は除く)	フリガナ氏名 ※1	児童との続柄	年齢	申請理由 ※2	勤務先名または学校名	勤務先等の電話番号 個人の携帯番号	
※1 保護者および登録児童と一緒に生活している全ての方(申請児童を除く。)を記入してください。 ※2 一緒に生活する父母および成人のみ申請理由欄に該当する以下の理由番号を記入してください。							
申請理由	該当する番号を申込理由欄に記入してください。				** 注意事項 **		
	1 就労のため 2 傷病・障がい等のため 3 同居の親族を常時看護・介護しているため 4 就学や職業訓練等のため 5 出産前後のため 6 その他()				・黒の消えないボールペンで記入してください。 ・就労証明書は、勤務・自営・農業等の職種に関わらず、父母(不在の場合は祖父母)について提出してください。 ・添付書類の不足や記載漏れがある場合、受付不可となります。 ・提出期限を厳守してください。		

児童健康状態等調査票

児童の健康状態等について、該当する事項を○で囲み、できるだけ詳しく記入してください。

申請児童 1	児童名		血液型	型	就学前の 利用施設	学年 支援 通学
			平熱	℃		
	健康状態等	性 格	内気 ・ 活発 ・ その他 ()			
		持 病	無 ・ 有 ()			
		日常的な服薬	無 ・ 有 ()			
		支援の必要	無 ・ 有 (☐ 学級補助員配置 ☐ 通級指導教室)			
	障がい等	障がい者手帳(予定)	無 ・ 有 (身体・療育)			
特別支援学級在籍(予定)		無 有 (知的・情緒)				
その他、お子さんの得意なことや苦手なこと、特性や配慮すべき点があれば記入してください。						
申請児童 2	児童名		血液型	型	就学前の 利用施設	学年 支援 通学
			平熱	℃		
	健康状態等	性 格	内気 ・ 活発 ・ その他 ()			
		持 病	無 ・ 有 ()			
		日常的な服薬	無 ・ 有 ()			
		支援の必要	無 ・ 有 (☐ 学級補助員配置 ☐ 通級指導教室)			
	障がい等	障がい者手帳(予定)	無 ・ 有 (身体・療育)			
特別支援学級在籍(予定)		無 有 (知的・情緒)				
その他、お子さんの得意なことや苦手なこと、特性や配慮すべき点があれば記入してください。						
申請児童 3	児童名		血液型	型	就学前の 利用施設	学年 支援 通学
			平熱	℃		
	健康状態等	性 格	内気 ・ 活発 ・ その他 ()			
		持 病	無 ・ 有 ()			
		日常的な服薬	無 ・ 有 ()			
		支援の必要	無 ・ 有 (☐ 学級補助員配置 ☐ 通級指導教室)			
	障がい等	障がい者手帳(予定)	無 ・ 有 (身体・療育)			
特別支援学級在籍(予定)		無 有 (知的・情緒)				
その他、お子さんの得意なことや苦手なこと、特性や配慮すべき点があれば記入してください。						

緊急時の連絡先

優先 順位	氏名 (続柄)	電話番号 1	電話番号 2
1	()	携帯 ・ 勤務先 ・ 自宅	携帯 ・ 勤務先 ・ 自宅
2	()	携帯 ・ 勤務先 ・ 自宅	携帯 ・ 勤務先 ・ 自宅
3	()	携帯 ・ 勤務先 ・ 自宅	携帯 ・ 勤務先 ・ 自宅
4	()	携帯 ・ 勤務先 ・ 自宅	携帯 ・ 勤務先 ・ 自宅

兒童家庭調查票

【父母の状況】

		父		母	
父母不在の理由		☐ 離婚 ☐ 死別 ☐ 未婚 ☐ 別居 ☐ 行方不明 ☐ その他()			
未就労の場合		☐ 職業訓練校等に通学 ☐ その他(具体的に詳しく) ()		☐ 職業訓練校等に通学 ☐ その他(具体的に詳しく) ()	
※未就労及び保育にあたれない理由が本人の傷病等の場合は下欄に記入してください。					
疾病等	傷病	病名() ☐ 入院期間 年 月～ 年 月 ☐ 通院 週間に 回通院 ☐ 長期加療(安静)期間 年 月～ 年 月		病名() ☐ 入院期間 年 月～ 年 月 ☐ 通院 週間に 回通院 ☐ 長期加療(安静)期間 年 月～ 年 月	
	障がい	(障がい者手帳が交付されている方) 種 級		(障がい者手帳が交付されている方) 種 級	

【祖父母の状況】

続柄		氏名	児童と別居の場合は住所の学区を○で囲んでください	年齢	就労の有無	おおよその就労時間
父方	祖父		一小 ・ 二小 ・ 上三宮 ・ 三小 ・ 関柴 ・ 熊倉 ・ 慶徳 ・ 豊川 ・ 熱塩加納 ・	歳	有 ・ 無	: ~ :
	祖母		塩川 ・ 堂島 ・ 姥堂 ・ 駒形 ・ 山都 ・ 高郷 ・ 市外	歳	有 ・ 無	: ~ :
母方	祖父		一小 ・ 二小 ・ 上三宮 ・ 三小 ・ 関柴 ・ 熊倉 ・ 慶徳 ・ 豊川 ・ 熱塩加納 ・	歳	有 ・ 無	: ~ :
	祖母		塩川 ・ 堂島 ・ 姥堂 ・ 駒形 ・ 山都 ・ 高郷 ・ 市外	歳	有 ・ 無	: ~ :

児童と同居・別居に関わらず、 祖父母が保育にあたれない理由 (具体的に詳しく)			
疾 病 等	※未就労及び 保育にあたれ ない理由が、 疾病等の場合 は、右欄に記 入してくださ い、	氏名	氏名
		病名 ()	
		☐ 入院期間 年 月～ 年 月	
		☐ 通院 週間に 回通院	
		☐ 長期加療(安静)期間 年 月～ 年 月	
(障がい者手帳が交付されている方)		(障がい者手帳が交付されている方)	
種 級		種 級	
(介護認定を受けている方) 介護度		(介護認定を受けている方) 介護度	
要支援 ・ 要介護 _____		要支援 ・ 要介護 _____	

【確認事項】

実施施設の定員により、児童クラブに登録できない場合について伺います。

- ☐①登録できるまで待機する ※ ()月までは待つがそれ以降は申請を取り下げる
☐②申請を取り下げる
☐③【第一小学校のみ】「中央児童クラブ」または「しきみ児童クラブ」へ変更する

【帰宅状況】

①帰宅距離 km	⑤児童クラブから自宅までの経路略図
②帰宅方法 ☐ 徒歩 ☐ 迎え	
③所要時間 分	
④ 児童の主たる送迎者 ☐ 父 ☐ 母 ☐ 祖父 ☐ 祖母 ☐ その他()	

同 意 書

喜多方市放課後児童クラブの登録申請について、次の事項に同意します。(確認欄に☑)
※ 同意いただけない事項がある場合、登録できません。また、同意しても遵守いただけない場合、登録を取り消します。

同意事項	確認欄
提出書類は指定の期日までに提出し、虚偽の申請はしません。	
勤務先など、申請内容に変更があった場合は、速やかに届け出ます。	
児童クラブの利用に関し必要な場合は、市や学校、就学前利用施設(こども園・保育園)など関係機関と児童の情報を共有することについて同意します。	
児童クラブの利用を必要とする事由に該当しなくなった時は、速やかに退会届を提出します。	
欠席する時やお迎えの時間・保護者が変更になる場合は、保護者等が児童クラブに連絡します。	
児童の送迎は、決められた時間を守ります。	
事故や病気等により、児童クラブから緊急の連絡を受けた時は速やかに迎えに行きます。	
保護者負担金や諸経費は、指定の期限内に支払います。	
児童が支援員の指示に従い、ルールを守って利用できるよう、家庭でも指導します。	
同意事項を遵守できず、登録を取り消されても異議申し立てしません。	

以上、すべての事項について同意し、放課後児童クラブの登録を申請します。

年 月 日

喜多方市長

住所

保護者氏名(自署)

児童氏名

