様式第1号(第6条第1項関係)

**放課後児童クラブ室入室申請書**

　　年　　月　　日

　　長瀞町長　　　　様

住所

保護者　氏名

電話　　　　(　　　)

次のとおり放課後児童クラブ室に入室させたいので、関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 入室児童 | ふ　り　が　な氏　　　名 | 生　年　月　日 | 性　別 | 学　校　名 |
| 　 | 平成 | 　 | 　 | 　 | 男･女 | ※平成 年4月現在 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |   　 年　　月　　日 | 長瀞第一小学校　　年 |
| 入室を希望する児童クラブ名 | 長瀞一小放課後児童クラブ室 | 区　分 | 新規・継続・臨時 |
| 入 室 希 望 期 間 | 平成　　年　　月　　日 から | □平成 　 年　 月　 日まで |
| □年度末まで |
| 入室と希望する具体的な理由 |  |
| 児童クラブの利用予定※☑及び該当箇所に○をして、　利用頻度を記入してください。 | 　□学校開設日　　月・火・水・木・金・土　／　（頻度）週に　　日 |
| □学校開設日以外　　学年始・夏季・冬季・学年末・学校代休日 |
| 　□一時的・短期利用　（頻度）月に　　日／その他（　　　　　　） |

※同居のご家族をご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | ふ　り　が　な氏　　　名 | 続柄 | 生 年 月 日 | 性別 | 職　業（学校・保育園・幼稚園等） | 備　　考 |
|
|
|
|
| 入室児童の家庭状況 | 　 | 　 | 　 | 男・女 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 男・女 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 男・女 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 男・女 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 男・女 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 男・女 | 　 | 　 |
| 緊急連絡先（電話番号） | ①　　　　　　　　　　続柄:　　　携帯・自宅・会社 | 生活保護の状況 | 適用　 有 ・ 無 |
| ②　　　　　　　　　　続柄:　　　携帯・自宅・会社 | 　　年　 月　 日開始 |
| 勤務先から児童クラブまでの所要時間 | （父）　　時間　　分 | （母）　　時間　　分 |
| **お迎えに来る方について**※保護者以外の方がお迎えに来る場合は、右欄に必要事項を記入してください。 | （住所）　　　　　　　　　　　（氏名）　　　　　　　（続柄） |
| （連絡先）　　　　　　　　　　（お迎え時間）　　 時　 　分 |
| 添付書類　１．就労証明書(別紙１)２．案内図(別紙２)　　３．児童家庭調査票(別紙３) |



別紙１

長瀞町長

別紙２

**[案内図]**

|  |
| --- |
| 児童クラブから自宅まで詳しく記入して下さい。 |

別紙３

　**児 童 家 庭 調 査 票**

**児童氏名**

該当する項目に記入してください。（□は✓をする。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **父親の状況** | **母親の状況** |
| 勤務形態 | □常勤　　　　□自営□パート　　　□農業□内職　　　　□派遣社員□勤務予定(　年　月　日から)□その他(　　　　　　　　　) | □常勤　　　　□自営□パート　　　□農業□内職　　　　□派遣社員□勤務予定(　年　月　日から)□その他(　　　　　　　　　) |
| 勤務先所在地等 | 所在地 | 所在地 |
| 通勤手段　　　　通勤時間　　分 | 通勤手段　　　　通勤時間　　分 |
| 勤務時間・日数 | 　　時　　分　～　　時　　分 | 時　　分　～　　時　　分 |
| 平均（週）　　日 | 平均（週）　　日 |
| 病気・障害等 | 病名・病状等　　　　　　　　　　　　　　 | 病名・病状等　　　　　　　　　　　　　　 |
| 療養場所　　□自宅　□病院 | 療養場所　　□自宅　□病院 |
| 通院状況　　週・月　　回 | 通院状況　　週・月　　回 |
| 出産 | 出産予定日　　平成　　年　　月　　日 |
| 看護・介護※状況を具体的にご記入ください |  |  |
| **祖父母の状況** | ※祖父母が同居または同一敷地内等に居住している場合に記入してください。□父方　　□母方　　□同居　　□同一敷地内に居住　　□隣接地に居住 |
| □祖父　　　氏名生年月日（ 　年 月 日 歳）保育のできない状況・理由 | □祖母　　氏名生年月日（ 　年 月 日 歳）保育のできない状況・理由 |
| **児童の状況** | １．発達や慢性的な病気のことで相談している病院や施設がありますか？無　・　有　　　　病院及び施設の名称（　　　　　　　　　　　　）病名等（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）服薬をしている場合は、薬の種類と回数を記入してください。種類（　　　　　　　　　）　回数（１日　　回） |
| ２．「身体障害者手帳」または「療育手帳」をお持ちですか？無　・　有　　　　身体障害者手帳（　　　　級）　療育手帳（ Ⓐ・Ａ・Ｂ・Ｃ ） |
| ３．アトピーやアレルギーがありますか？無　・　有　　　　症状・除去食等（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 家庭や児童の状況について特記事項がございましたら記入してください。 |