

阿波市放課後児童クラブ利用申請書

令和 年 月 日

シダックス大新東ヒューマンサービス株式会社 様

申請者（保護者）氏名

次のとおり、放課後児童クラブの利用の承認を受けたいので申請します。  
また、申請にあたり、必要な情報について関係機関に状況を確認することに同意します。

利用希望 児童	(ふりがな) 氏名	生年月日	性別	所属
		(西暦) 年 月 日	男・女	小学校 年
保護者住所 ・連絡先	(住所) 〒			
	(連絡先) 自宅 — — / 携帯 — — ( )			

①世帯の状況（児童と同居している方）

区分	(ふりがな) 氏名	児童との続柄	生年月日	性別	職業又は 学校名等	備考
児童の 世帯員			年 月 日	男・女		
			年 月 日	男・女		
			年 月 日	男・女		
			年 月 日	男・女		
			年 月 日	男・女		
生活保護適用の有無		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 年 月 日保護開始)				

②利用を希望する期間、曜日等

利用を希望する期間	<input type="checkbox"/> 通年 年 月 日から 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 長期休業期間のみ ( <input type="checkbox"/> 4月 <input type="checkbox"/> 7月 <input type="checkbox"/> 8月 <input type="checkbox"/> 12月 <input type="checkbox"/> 1月 <input type="checkbox"/> 3月 )					
主に利用する曜日	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土					
利用する時間	授業のある日	放 課 後 から 時 分まで				
	土曜日	時 分 から 時 分まで				
	振替休業日・長期休業日	時 分 から 時 分まで				

③利用を必要とする理由等

保護者の 状況	続柄	必要とする理由	勤務先名	勤務先の電話番号
			勤務時間	緊急連絡先の電話番号
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 長期療養 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> その他 ( )	-----	-----
			-----	-----
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 長期療養 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> その他 ( )	-----	-----
			-----	-----
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 <input type="checkbox"/> 左記以外			

④児童票

<p><b>■ 自宅周辺略図</b></p>	<p>○通学方法 ( )</p> <p>○所要時間 ( ) 分</p>
<p><b>■ かかりつけの病院・医師等</b></p>	
<p>○内科 電話 ( )</p> <p>病院名</p> <p>住所</p>	<p>○外科 電話 ( )</p> <p>病院名</p> <p>住所</p>
<p>○歯科 電話 ( )</p> <p>病院名</p> <p>住所</p>	<p>○その他科 電話 ( )</p> <p>病院名</p> <p>住所</p>
<p>○健康保険証</p> <p>被保険者名: 種類:</p> <p>記号: 番号:</p>	<p>○血液型 型</p> <p>○平熱 °C</p> <p>○体重 ※AED使用時に必要なため 25 kg <input type="checkbox"/>未満 <input type="checkbox"/>以上</p>
<p><b>■ 今までかかった病気 (該当するものに○)</b></p> <p>はしか おたふくかぜ 風疹 水ぼうそう その他 ( )</p>	<p><b>■ 食べ物・薬などに対するアレルギーの有無</b></p> <p><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (食品名など: )</p>
<p><b>■ 健康状態で気になること、配慮してほしいこと</b></p>	
<p>健康状態 良好 ・ 不調 (病名等: )</p> <p>特別支援の必要 なし ・ あり (診断名: )</p> <p>療育手帳 なし ・ あり ( ) 級 / 身体障害者手帳 なし ・ あり ( ) 級</p> <p>※その他、気になることを記入してください。</p>	
<p><b>■ 放課後児童支援員に特に知っておいてほしいこと (普段の生活や友達との関係など)</b></p>	
<p>-----</p> <p>-----</p>	
<p><b>■ その他連絡事項</b></p>	
<p>①迎えは、主に (氏名) (続柄) が 時 分頃の前定</p> <p>②習い事等で帰宅時間がいつもと異なる場合、その曜日や帰宅時間を記入してください。</p> <p>③その他に何かありましたら記入してください。</p>	