様式第1号（第4条関係）

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 | | □　なし　　　　□　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 | □通年　　　　　 年 月 日から 年 月 日まで  □長期休業期間のみ （ □ 4月 □ 7月 □ 8月 □ 12月 □ 1月 □ 3月 ） | |
| 主に利用する曜日 | □ 月　　　□ 火　　　□ 水　　　□ 木　　　□ 金　　　□ 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 |
|  | □ 就労 　□ 長期療養 　 □ 出産  □ 介護等 □ その他（　 　　　　） |  |  |
|  |  |
|  | □ 就労 　□ 長期療養 　 □ 出産  □ 介護等 □ その他（　 　　　　） |  |  |
|  |  |
| 家庭の状況 | | □　ひとり親家庭　　　　　□　左記以外 | | |

児童氏名

④児童票

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **■自宅周辺略図** | | | ○通学方法  　　（　　　　　　　　　　　）  ○所要時間  　　（　　　　　　　　　　分） | |
| **■かかりつけの病院・医師等** | | | | |
| ○内科 電話（　　　　　　　　） | ○外科 　　電話（　　　　　　　　） | | | |
| 病院名 | 病院名 | | | |
| 住所 | 住所 | | | |
| ○歯科 電話（　　　　　　　　） | ○その他科 　　　　　電話（　　　　　　　　） | | | |
| 病院名 | 病院名 | | | |
| 住所 | 住所 | | | |
| ○健康保険証 | ○血液型 | ○平熱 | | ○体重 |
| 被保険者名: 種類: | 型 | ℃ | | ※AED使用時に必要なため |
| 記号: 番号: | ２５㎏　□未満　□以上 |
| **■今までかかった病気（該当するものに○）** | **■食べ物・薬などに対するアレルギーの有無**  **今までかかった病気（該当するものに○）**  **食べ物・薬などに対するアレルギーの有無** | | | |
| はしか おたふくかぜ 風疹 水ぼうそう  その他（　　　　　　　　　　　　　　） | □　なし  □　あり（食品名など：　　　　　　　　　　　　） | | | |
| **■健康状態で気になること、配慮してほしいこと** | | | | |
| 健康状態　　　　　　良好　・　不調　（病名等：　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 特別支援の必要　　　なし　・　あり　（診断名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 療育手帳　　なし　・　あり（　　　）級　／　身体障害者手帳　なし　・　あり（　　　）級 | | | | |
| ※その他、気になることを記入してください。 | | | | |
|  | | | | |
| **■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）** | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| **■その他連絡事項** | | | | |
| ①迎えは、主に（氏名）　　　　　　　　　　（続柄）　　　　が　　　　時　　　分頃の予定 | | | | |
| 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。 | | | | |
| ③その他に何かありましたら記入してください。 | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |