

記入例

放課後児童クラブ入所申込書

令和2年11月5日

(あて先) 玉村町長

保護者名が納付書・許可書の宛名となります

保護者氏名 玉村 太郎

玉村

放課後児童クラブに入所したいので次のとおり申し込みます。なお、審査及び使用料算定に必要な世帯情報を閲覧することや、その情報に基づき決定した使用料について入所施設に対して提示することに同意します。

住所	玉村町大字 上新田201番地11 玉村アパート101			電話番号	090-1234-5678	
児童	ふりがな 氏名	たまむら ぶるは 玉村 布留坡	続柄	長男	性別	男
	生年月日	平成26年10月10日 (6歳)				
	学校	玉村 小学校 1 年 (令和3年4月1日現在で記入)				
希望するクラブ	〇〇児童館 放課後児童クラブ					
家族構成 (本人含む)	氏名	続柄	生年月日	年齢	職業(勤務先・学校・世帯別)	
	玉村 太郎	父	昭和57年10月10日	38	(株)玉村建設	
	華子	母	昭和62年11月11日	33	玉村信用金庫	
	諏訪	姉	平成23年12月12日	9	玉村小学校4年生	
	布留坡	本人	平成25年10月10日	7	玉村小学校2年生	
	玉村 一郎	祖父	昭和31年10月12日	64	玉村町役場(別世帯・同敷地)	
	玉村 花代	祖母	昭和36年11月13日	59	玉村マート(別世帯・同敷地)	
クラブに入所する理由	両親、祖父母が働いているため					
緊急時の連絡先 連絡のつきやすい 順に3ヶ所記入 してください。	例 090-0000-0△□◎ (〇〇〇〇(母)・携帯) 1. 0270-65-2592(母勤務先) 2. 090-〇〇〇〇-×××× (玉村華子(母)・携帯) 3. 090-◆◆◆◆-△△△△ (玉村太郎(父)・携帯)					

- ※ 同住所地(別世帯・同一敷地内含む。)の人、全員を記入してください。
- ※ 添付書類として保護者の勤務証明または医師の証明等を添付してください。(証明発効日から1ヶ月以内のもの)
- ※ 令和3年4月1日現在で記入してください。
- ※ 入所希望者が多い場合、待機となります。

1. 児童の状況
健康・生活状態申告欄

記入例

記入日 ○○ 年 ×× 月 △△ 日	記入者氏名 玉村華子
<p>1 利用を希望されるお子さんについてお聞きします。該当のところに○をつけてください。</p> <p>(1) 食事、排便、着脱衣、身辺整理等を自力で行うことができますか？ <input checked="" type="radio"/> できる ・ <input type="radio"/> できない]</p> <p>(2) 介助を求めることなく、集団生活を送ることができますか？ <input checked="" type="radio"/> できる ・ <input type="radio"/> できない]</p> <p>(3) 身体障害者手帳または療育手帳をお持ちですか？ <input checked="" type="radio"/> いいえ ・ はい 身体障害者手帳(級)、療育手帳(程度)]</p> <p>(4) 慢性疾患をお持ちですか？ <input checked="" type="radio"/> いいえ ・ はい ()]</p> <p>(5) 特別支援学級 在籍していますか？ <input checked="" type="radio"/> いいえ ・ はい]はいの方は児童の状況をご記入ください。 []</p> <p>(6) 通級教室に通っていますか？ <input type="radio"/> いいえ ・ <input checked="" type="radio"/> はい]はいの方は内容をご記入ください。 [週1回吃音で通っている]</p> <p>(7) 幼稚園・保育所・学校などで補助の先生はついていますか？ <input checked="" type="radio"/> いいえ ・ はい]はいの方は児童の状況をご記入ください。 []</p> <p>(8) 通っている幼稚園・保育所はどこですか？(新1年生のみ) <input checked="" type="radio"/> 町内 第一保育所 () ・ 町外 ()]</p> <p>予防接種歴 B型肝炎(HBV) <input checked="" type="checkbox"/> ヒブ <input checked="" type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 <input checked="" type="checkbox"/> 四種混合 <input type="checkbox"/> 百日ぜき・ジフテリア・破傷風・不活性ポリオ <input checked="" type="checkbox"/> BCG <input checked="" type="checkbox"/> 水ぼうそう <input checked="" type="checkbox"/> 麻しん・ふうしん <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> 二種混合</p> <p>既往症 麻しん・ふうしん(才) 百日咳(才) おたふく(才) 肺炎(才) 手足口病(才) <input checked="" type="checkbox"/> へんとうせみ(1才) 水ぼうそう(才) <input checked="" type="checkbox"/> ひきつけ(2才) てんかん(才) その他()</p> <p>体 質 平熱(<u>36.5</u> 度) <input type="radio"/> アレルギー() <input checked="" type="radio"/> アレルギー(食べ物) (そば)</p> <p>かかりつけの医者 内 科 玉村小児科 電話 0270-30-6601 外 科 にしきのクリニック 電話 0270-30-6602 そ の 他 玉村耳鼻科 電話 0270-30-6603</p>	
<p>2 健康面や生活面で気になること、あらかじめ伝えたいことなどありましたら、ご記入ください。</p> <p>季節の変わりめに喘息になります。集団になじむのに時間がかかる場合があります。</p>	

2 放課後児童クラブから自宅までの略図

