

令和6年度 長井市学童クラブ利用申込書

令和 5年 10月 1日

長井市長 宛

保護者住所 長井市 **栄町1番1号**
 ふりがな **ながい たろう**
 氏名 **長井 太郎**
 連絡先 電話番号(自宅) **87-0687**
 携帯電話(父) **080-〇〇××-△△▽**
 (母) **090-〇〇××-△△▽**

長井市学童クラブの利用について次のとおり申し込みます。

自宅と携帯の番号
両方記入してください

1 利用希望について

利用を希望する学童クラブ名	中央北 学童クラブ	申込みは1日付です
希望利用開始日	令和 6 年 4 月 1 日 (特別な理由がない場合、1日付の入所となります。)	
土曜日の利用について (第1・3・5土曜)	<input checked="" type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	

2 利用希望児童について

利用希望児童氏名	ふりがな ながい たろう 長井 小太郎	生年月日	平成 29 年 5 月 1 日生	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
学校名 学年	長井 小学校 1 年	昨年度の学童クラブの利用	有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/>	障がい又は特別支援学級の在籍	有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/>
学校から自宅までの距離	2km以上 <input type="radio"/> 2km以下 <input checked="" type="radio"/>	【新1年生のみ】 就学前に通園していた保育園等	〇〇 保育園		

3 利用希望児童の家庭の状況(利用児童本人以外の同居親族等全員※1)について

氏名	児童との続柄	※2 年齢	※3 職業(勤務先) / 学校・保育施設名
長井 太郎	父	33 歳	長井市役所 農業・自営・無職
長井 花子	母	32 歳	〇〇〇 病院 農業・自営・無職
長井 一郎	祖父	76 歳	農業・自営 <input checked="" type="radio"/> 無職
長井 紬子	祖母	65 歳	長井農園 <input checked="" type="radio"/> 農業 <input type="radio"/> 自営・無職
長井 あやめ	妹	4 歳	〇〇 保育園 農業・自営・無職
		歳	<input checked="" type="radio"/> 具体的に記入してください <input type="radio"/> 自営・無職
	利用児童からみでの続柄	歳	農業・自営・無職
生活保護の適用	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり (年 月 日保護開始)	家庭の状況	ひとり親世帯 <input checked="" type="radio"/> 左記以外

○記入上の注意

- ※1 同居親族には、世帯分離をしても住所が同じ、もしくは敷地内別居である場合は記入してください。
- ※2 年齢は利用する年度の4月1日現在の年齢を記入してください。
- ※3 勤務先は、会社名・事業所名・内職等を具体的に記入してください。

◎裏面もご記入ください。

該当する箇所に☑または「○」印を記入してください。必要事項があれば記入してください。

記入例

4 利用を必要とする理由等

続柄	必要とする理由	備考
父	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい(病名・障がい名:) <input type="checkbox"/> 介護等(被介護者:) <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> その他()	
	勤務先住所 長井市ままの上5-1 電話番号 87-0687	
	就労日 月・火・水・木・金 土・日・不定期 / 週に 日	
	就労時間 午前 8時30分 ~ 午後 5時15分	
母	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい(病名・障がい名:) <input type="checkbox"/> 介護等(被介護者:) <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> その他()	
	勤務先住所 米沢市〇〇 電話番号 〇〇-123	
	就労日 月・火・水・木 金・土 日・不定期 / 週に E	
	就労時間 午前 時 分 ~ 午後 時 分	
その他の特別な理由		

定時の時間をお願いします

1日8時間勤務(8:00~17:00、13:00~22:00、20:00~5:00)でシフト

シフト制の場合は備考欄に記入してください

5 同居祖父母の状況 (世帯分離をしても住所が同じ、もしくは敷地内別居の場合は、記入してください。)

続柄	状況	備考
祖父	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい(病名・障がい名:) <input type="checkbox"/> 介護等(被介護者:) <input type="checkbox"/> 求職活動 <input checked="" type="checkbox"/> その他(75歳以上のため)	
	勤務先住所 電話番号	
	就労日 月・火・水・木・金・土・日・不定期 / 週に 日	
	就労時間 午前 時 分 ~ 午後 時 分	
祖母	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい(病名・障がい名:) <input type="checkbox"/> 介護等(被介護者:) <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> その他()	
	勤務先住所 長井市△△ 電話番号	
	就労日 月・火 水 木 金 土・日・不定期 / 週に 日	
	就労時間 午前 9時00分 ~ 午後 5時00分	
その他の特別な理由		

※申請の内容について虚偽のものがあつた場合、入所できなくなる場合があります。

6 利用希望児童の健康状況等

○現在、病院に通院中ですか。(通院していない・**通院している**)

通院している場合 (病名 **中耳炎** 病院名 **〇〇耳鼻科**)

通院していないが経過観察の場合(病名 病院名)

○障がい、病気・事故の後遺症等がありますか。 (**なし**・あり)

ある場合(具体的に)

※障がいのある場合は、障がい者(児)手帳または特別児童扶養手当証書をお持ちください。

○健診等で発育・発達等の指導を受けたことがありますか。 (**なし**・あり)

ある場合(具体的に)

○アレルギー・アトピー (**あり**・なし・不明)

ある場合(原因物質等 **卵を含むもの(生でなければ可)**)

○適切な保育を行うため、発達状況や過去の保育状況等について、健康スポーツ課や学校、保育所等関係機関と情報共有しても良いですか。 (**はい**・いいえ)

○利用にあたりお子さんのことで心配なことや配慮することがありましたら記入してください。

一時的にカッとなり他の子に手が出るときがあります。その際は別室に移動してクールダウンさせると落ち着きます。

小さなことでもご記入ください