令和8年度 長井市学童クラブ利用申込書

令和 年 月 日

長井市長 宛

保護者 住 所 長井市 ふりがな 氏 名 連絡先 電話番号(自宅) 携帯電話(父) (母)

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。

1利用希望について

利用を希望する学童クラブ名	学童クラブ						
希望利用開始日	令和	年 月 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)	□ 希望する	□ 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		生年月日	平成	年	月	日生	性別	男	・女
学校名 学 年	小学校	年		で の 利用	有	• 無		バンスは特別 長学級の在籍	有	• 無
学校から自宅 までの距離	2km以上 · 2km未満	就学前		生のみ していた		3等				

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)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
	父	歳	農業・自営・無職
	母	歳	農業 ・ 自営 ・ 無職
		歳	農業 ・ 自営 ・ 無職
		歳	農業 ・ 自営 ・ 無職
		歳	農業 ・ 自営 ・ 無職
		歳	農業 ・ 自営 ・ 無職
		歳	農業 ・ 自営 ・ 無職
生活保護の適用な	こ・あり (年 月	日保護開始) 家庭の状況 ひとり親世帯・ 左記以外

○記入上の注意

- ※1 同居親族には、世帯分離をしていても住所が同じ、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。

	4 利	続柄	安とする理田寺	F 必要とする理由		備考			
動務先住所 電話番号 対労中間 日・火・水・木・金・土・日・不定期 週に 日 対労中間 午前 午後 時 分 午後 時 分 日 日 対策等(被介護者:)		490113							
利用を必要とすする理由			□ 介護等(被介	↑護者:)□ 求職活動 □ その他()				
対	∓ıl	父	勤務先住所	電話番号					
曲		就労日	月・火・水・木・金・土・日・不定期/ 週に	日					
曲	を必		就労時間	午前 時 分 午前 午後 一件後	分				
曲	要レ)				
曲	す)				
曲	l る IIII	母	勤務先住所	電話 番号 					
大の他の特別な理由	由		就労日		日				
5 同居祖父母の状況 (世帯分離をしていても住所が同じ、もしくは敷地内別居の場合は、記入してください。) 続柄					分				
続柄		その他の	の特別な理由						
続柄									
対策・(被介護者:) 水職活動 その他() 対 教務住所 電話番号 対	5 同	居祖父	∶母の状況 (世	せ帯分離をしていても住所が同じ、もしくは敷地内別居の場合は、記入してくださ	い。)	_			
分護等(被介護者:) □ 求職活動 □ その他() 動務先住所 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 午後 時 分 ~ 午前 午後 時 分 小護等(被介護者:) □ 求職活動 □ その他() 動務先住所 電話番号 コ 大護等(被介護者:) □ 求職活動 □ その他() 動務先住所 電話番号 対労日 月・火・水・木・金・土・日・不定期/ 週に 日 就労日 月・火・水・木・金・土・日・不定期/ 週に 日 就労時間 午前 午後 時 分 ~ 午前 日 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った場合、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、病院に洒院中ですか。 (通院していない・ 通院している) 通院している場合 (病名 病院名) 通院している場合 (病名 病院名) の産にている場合 (病名 病院名) の産がい、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の写しを添付してください。 ○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) のアレルギー・アトピー (あり・ なし・ 不明) ある場合 (原因物質等) ○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		続柄		* ***	\Box	備考			
利用を必要とする理由					\				
相父 就労日 月・火・水・木・金・土・日・不定期 週に 日 就労時間 午前 午後 時 分 午後 時 分 日 一 就労時間 午前 午後 日 分 日 日 日 日 日 日 日 日									
田		祖父							
田	用を		就労日		<u> </u>				
田	必要				分				
田	ځ		=						
田	する)				
就労時間		祖母							
株の他の特別な理由	由			<u> </u>	日				
※申請の内容について虚偽のものがあった場合、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 病院名) 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の写しを添付してください。 ○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)) ○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					分				
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 病院名) 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の写しを添付してください。 ○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) ○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		その他の	の特別な理由						
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 病院名) 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の写しを添付してください。 ○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) ○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			※申	まの内容について虚偽のものがあった場合、入所できなくなる場	<u></u> 合があ	します。 ります。			
通院している場合 (病名 病院名) 通院していないが経過観察の場合 (病名 病院名) 〇障がい、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の写しを添付してください。 〇健診等で発育・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) 〇アレルギー・アトピー (あり・なし・不明) ある場合 (原因物質等) 〇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	6 利	用希望			H 70 05	70476			
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の写しを添付してください。 ○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) ○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	〇現	在、病院	完に通院中です:	か。 (通院していない ・ 通院している)					
 ○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の写しを添付してください。 ○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) ○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 		通院し	ている場合	(病名 病院名)				
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の写しを添付してください。 〇健診等で発育・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)		通院し	ていないが経過	観察の場合(病名 病院名)				
※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の写しを添付してください。 ○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) ○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	〇障がい、病気・事故の後遺症等がありますか。 (なし ・ あり)								
 ○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) ○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 									
ある場合(具体的に) Oアレルギー・アトピー (あり ・ なし ・ 不明) ある場合(原因物質等) O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	○健	診笑で			添打して	.く7こさい。			
○アレルギー・アトピー (あり・ なし・ 不明)ある場合(原因物質等)○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				日本で文///にここが めりかり が。 (GO B) /)				
ある場合(原因物質等)) 〇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	07			†!! *!! T !!! \					
○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				めり・なし・不明))				
〇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。	〇利								
	1								