様式第1号（第4条関係）

放課後児童クラブ利用申込書

年　　　月　　　日

　　小野町長

次のとおり放課後児童クラブを利用したいので、申込みします。

１　利用希望児童保護者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 電話番号 |
| 氏 　名 |  | 自宅：　　（　　　）  携帯：　　（　　　） |
| 住 　所 |  |

２　利用希望児童

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | 性別 |
| 氏 　 名 |  | 年　　月　　日 | 男・女 |
| 学　　年 | 小野小学校　　　年　（　　　年　　月時点の学年を記入してください） | | |
| 通学方法等 | □　スクールバス　　□　保護者等送迎　　□　子ども教室併用  ☐　その他（　　　　　　　　　　） | | |

３　保育期間等

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 保育希望日 | □　平　日　（ 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ）　　□　土曜日  □　長期休業期間（夏休み等） | |
| 利用時間 | 平日 | 下校後　　～　　　　　時　　分 |
| 土曜日 | 時　　分　～　　　　　時　　分 |
| 長期休業期間 | 時　　分　～　　　　　時　　分 |

４　保育を必要とする理由

|  |  |
| --- | --- |
| 必要とする理由 | □　就労　□　疾病・障がい　□　介護等　　□　妊娠・出産  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

５　緊急連絡先

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 第１連絡先 | ふりがな  氏　名 |  | 児童との続柄 | 電話番号  携　帯　　（　　　　）  勤務先　　（　　　　） |
| 氏　名 |  |  | □自宅　□　携帯　□　勤務先  （　　　　） |
| 第２連絡先 | ふりがな |  | 児童との続柄 | 電話番号 |
| 氏　名 |  |  | □自宅　□　携帯　□　勤務先  （　　　　） |

６　世帯の状況等

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏 名 | 児童との続柄 | 生年月日 | 同居  別居別居 | 勤務先（職業）  又は学校名等 | 連絡先 | 居住地（児童と別居の方） |
| ふりがな |  | 年　 月 　日  （　　　歳） | 同居  別居 |  | 自宅：  携帯：  職場： |  |
|  | 勤務時間  時　　分～  　時　　分 |
| ふりがな |  | 年　 月 　日  （　　　歳） | 同居  別居 |  | 自宅：  携帯：  職場： |  |
|  | 勤務時間  時　　分～  　　時　　分 |
| ふりがな |  | 年　 月 　日  （　　　歳） | 同居  別居 |  | 自宅：  携帯：  職場： |  |
|  | 勤務時間  時　　分～  　 時　　分 |
| ふりがな |  | 年　 月 　日  （　　　歳） | 同居  別居 |  | 自宅：  携帯：  職場： |  |
|  | 勤務時間  時　　分～  　 時　　分 |
| ふりがな |  | 年　 月 　日  （　　　歳） | 同居  別居 | 勤務時間  時　　分～  　 時　　分 | 自宅：  携帯：  職場： |  |
|  | 勤務時間  時　　分～  　 時　　分 |
| ふりがな |  | 年　 月 　日  （　　　歳） | 同居  別居 |  | 自宅：  携帯：  職場： |  |
|  | 勤務時間  時　　分～  　 時　　分 |
| ふりがな |  | 年　 月 　日  （　　　歳） | 同居  別居 |  | 自宅：  携帯：  職場： |  |
|  | 勤務時間  時　　分～  　 時　　分 |

※同居している方全員記入してください。（同一敷地内で世帯分離をしている方含む）

※祖父母については、町内に居住している方全員記入してください。

７　連絡事項等

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 児童の健康  状態等 | 持病 | □　なし　　□　あり（病名等：　　　　 　　　　　　） | |
| 既往歴 | □　無　　□　はしか　　□　おたふくかぜ　　□　風疹  □　水ぼうそう　　□　その他（　　　　　　　　 　　） | |
| アレルギーの有無 | * 無 □　有（ハウスダスト・卵・小麦・花粉症・その他：　　　　　　　　） | |
| 平熱 | 度 |  |
| 特別支援の有無 | □　不要　　□　必要（診断名：　　　　　　　　　　　　 ） | |
| 具体的理由： | |
| 手帳の有無 | □　療育手帳（　　　級）　□　障害者手帳（　　　級） | |
| かかりつけ医 | □　無　　□　有（医療機関名：　　　　　　　　　　　　　） | |
| その他  連絡事項 |  | | |