

<記入例>

様式第1号(第3条関係)

※提出日を記入

令和2年 12月 7日

多賀城市放課後児童クラブ使用申請書

多賀城市長 殿

〒985-8531

住所: 多賀城市中央2丁目1番1号

保護者

氏名: 多賀城 太郎

印

電話:(自宅) 022-368-1141

(携帯) 090-1234-5678

放課後児童クラブの使用について次のとおり、申請いたします。

(※使用開始日時点の状況についてご記載ください。)

クラブ名 <u>多賀城</u> 小学校放課後児童クラブ						
申込児童	ふりがな	<u>たがじょう あやめ</u>		生年月日	平成 <u>26</u> 年 <u>4</u> 月 <u>2</u> 日	
	児童氏名	<u>多賀城 あやめ</u>			性別	学年 4/1時点
	就学前の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 保育所(園)・幼稚園(名称: <u>鶴ヶ谷保育所</u>) <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> その他()		男・ <input checked="" type="checkbox"/> 女		
使用開始	令和 <u>3</u> 年 <u>4</u> 月 <u>1</u> 日から			帰宅方法等	<input checked="" type="checkbox"/> ひとり帰り <input type="checkbox"/> お迎え午後 時 分頃	
理由	<input checked="" type="checkbox"/> 保護者等が昼間就労している <input type="checkbox"/> 母が出産の前後である <input type="checkbox"/> 保護者等が疾病・負傷・障害を有している <input type="checkbox"/> 保護者等が看護又は介護をしている <input type="checkbox"/> その他、上記に類する状態()					
定日等	週 <u>3</u> 日 使用予定	必ず使用する曜日: <input checked="" type="checkbox"/> 月・ <input checked="" type="checkbox"/> 火・ <input checked="" type="checkbox"/> 水・木・金・土 (○で囲んでください。)				
家族状況 (単身赴任も含む)	続柄	ふりがな 氏名	年齢	勤務先・就学先 (学校名、学年)	勤務先・就学先 連絡先	勤務・就学 時間・日数
	本人	<u>たがじょう あやめ</u> <u>多賀城 あやめ</u>	6	多賀城小学校 1年	022 (〇〇〇) 〇〇〇	8:30 ~ 16:00 週 5日
	父	<u>たがじょう たろう</u> <u>多賀城 太郎</u>	40	〇〇商事	022 (〇〇〇) 〇〇〇	8:30 ~ 17:30 週 5日
	母	<u>たがじょう はなこ</u> <u>多賀城 花子</u>	40	アイウ販売店	022 (〇〇〇) 〇〇〇	10:00 ~ 16:30 週 5日
	祖父	<u>たがじょう じょうたろう</u> <u>多賀城 城太郎</u>	61	鶴亀マート	022 (〇〇〇) 〇〇〇	14:00 ~ 18:00 週 3日
						: ~ : 週 日
						: ~ : 週 日
						: ~ : 週 日
延長使用の申込(月額1,000円) <input type="checkbox"/> 申込む				<input checked="" type="checkbox"/> 申込まない		

※家族状況欄は、申込者・申込児童も含む、全ての家族について記載してください。

裏面もご記載ください

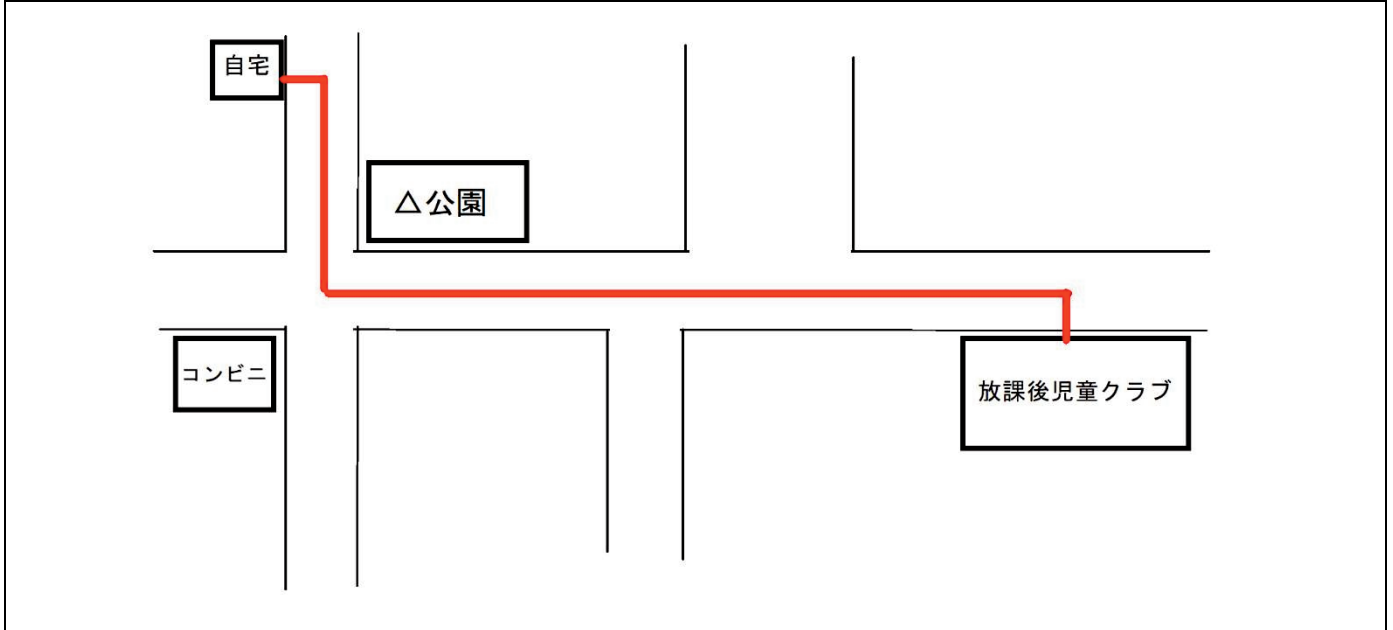
※ボールペンまたはサインペンで記入願います。消すことができるペンは使わないでください。

※修正は訂正印で願います。

<記入例>

<家庭調査票>

【略図】 枠内に児童クラブから自宅までの略図を書き、通学路を朱線でなぞってください。
(地図貼り付け可)



【児童について】 支援員がお子さんに関わる際の参考にしますので、必ずご記載ください。

児童の特徴等特記事項

人見知りですが、慣れればお友達と楽しく過ごせます。
お迎えは主に母ですが、母の勤務形態が不規則であるため、父が行くこともあります。
両親ともに間に合わない場合は、ファミリー・サポート・センターを利用することがあります。

疾病：なし・あり (気管支ぜんそく)

* 児童の平熱： 36.5 度 * 常用している薬： 〇〇錠

* 主治医(かかりつけ医)があれば記入してください。

医院名：〇〇小児科

医院名：〇〇クリニック

TEL：022(〇〇〇)〇〇〇〇

TEL：022 (〇〇〇)〇〇〇〇

診断名が付いている障害等の有無：なし・あり (診断名 自閉症)

学校の状況：通常学級・特別支援学級 (知的・情緒・肢体不自由・病弱・難聴)

保育所等における障害児保育の状況：なし・あり

発達に関する相談の状況：なし・あり (継続中・終了)

* ありの場合：相談先(太陽の家)
相談内容(学習面で不安がある、かんしゃくを起こす)

【緊急連絡先】 児童の状況がわかり、迎えに来ることができる順にご記載ください。

① 母携帯 氏名： <u>多賀城 花子</u> TEL： <u>090(〇〇〇)〇〇〇〇</u>	② 母勤務先 氏名： <u>多賀城 花子</u> TEL： <u>022(〇〇〇)〇〇〇〇</u>	③ 父携帯 氏名： <u>多賀城 太郎</u> TEL： <u>090(〇〇〇)〇〇〇〇</u>
--	---	--

※ボールペンまたはサインペンで記入願います。消すことができるペンは使わないでください。

※修正は訂正印で願います。