

| |
|--|
| |
|--|

放課後児童クラブ利用申込書

| | | |
|---|---|---|
| 年 | 月 | 日 |
|---|---|---|

袋井市長 様

申込者（保護者）

| | |
|------|--|
| 郵便番号 | |
| 住 所 | |
| 氏 名 | |
| 電 話 | |
| 自治会 | |

袋井市放課後児童健全育成事業実施要綱第7条の規定により、放課後児童クラブを利用したいので、次のとおり申し込みます。

令和6年度利用分

（令和6年4月1日現在で御記入ください。）

| | | | | |
|---|--|------|--|--|
| ふりがな | | | 学校名・学年 | 小学校 年 |
| 児童氏名 | | | | |
| 性 別 | <input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女 | 生年月日 | 年 月 日 | |
| 利用希望期間 | 年 月 日 ~ | | <input type="checkbox"/> 令和7年3月31日 <input type="checkbox"/> 年 月 日 | |
| 利用の形態 (該当する箇所) <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 常時利用（長期休業中の利用 有） <input type="checkbox"/> 常時利用（長期休業中の利用 無） <input type="checkbox"/> 長期休業中のみの利用 <input type="checkbox"/> 土曜日利用（※） | | | |
| (同居家族全員記入) | 氏 名 | 続柄 | 生年月日 | 備考 <small>※単身居住中など 特記すべきことがあれば記載</small> |
| | | 父 | | |
| | | 母 | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

同意書

袋井市放課後児童健全育成事業実施要綱の規定に基づく諸手続について、次のとおり同意します。（内容を御確認の上、をお願いします。）

- 利用児童に係る健全育成に必要な情報について、市、保育所、幼稚園等、小学校及び放課後児童クラブの職員が情報を共有すること。
- 市が保有する情報により、世帯及び所得の状況、申込内容等の確認を行うこと。
- 申込内容に事実との相違や虚偽が認められた場合には、入所の決定を取り消すことがあること。
- 放課後児童クラブの運営について募集案内に記載されている内容を承諾し、協力すること。

※実施場所及び入所基準については、募集案内で確認をお願いします。

1 保護者の状況

| |
|--|
| |
|--|

| 区分 | 父 親 | 母 親 |
|-------------|---|---|
| 就 労 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 疾 病 障 がい | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 介 護 看 護 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 求 職 活 動 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 就 学 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 災 害 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| その他 | () | () |
| 不在 | <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 未婚 | <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 未婚 |

※「不在」以外は、就労証明書または保育の実施申立書(必要書類添付)の提出が必要です。

2 祖父母の状況

| 区分 | 氏名、生年月日 | 住所等 |
|--------|---------------------|--|
| 父 方 | 祖 父 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 市内在住→(袋井市) <input type="checkbox"/> 市外在住→() <input type="checkbox"/> 死亡・離別 |
| | | <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> その他 () |
| | 祖 母 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 市内在住→(袋井市) <input type="checkbox"/> 市外在住→() <input type="checkbox"/> 死亡・離別 |
| | | <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> その他 () |
| 母 方 | 祖 父 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 市内在住→(袋井市) <input type="checkbox"/> 市外在住→() <input type="checkbox"/> 死亡・離別 |
| | | <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> その他 () |
| | 祖 母 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 市内在住→(袋井市) <input type="checkbox"/> 市外在住→() <input type="checkbox"/> 死亡・離別 |
| | | <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> その他 () |

※ 1 令和 6 年 4 月 1 日時点で 65 歳未満の同一小学校区内在住の祖父母がいる場合は、就労証明書または保育の実施申立書兼誓約書(必要書類添付)の提出が必要です。

※ 2 同時点で 65 歳以上 70 歳未満の同一小学校区内在住の祖父母がいる場合、上記書類の提出は任意ですが、申込者数が多い場合の入所選考においては、書類提出の有無により審査を行う場合があるため、できるだけ該当書類の提出をお願いします。

※ 3 チェック項目について、市内在住の場合は住所を、市外在住の場合は都道府県及び市町村まで御記入をお願いします。

3 児童の健康状態等

| |
|--|
| |
|--|

| | | |
|---|----------------------------|--|
| アレルギーの有無 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 () |
| ぜんそく、病気等の有無 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 () |
| 身体障害者手帳の有無 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 申請中・申請予定 |
| 療育手帳の有無 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 申請中・申請予定 |
| 精神障害者保健福祉手帳の有無 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 申請中・申請予定 |
| 特別支援学級への在籍 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 在籍 <input type="checkbox"/> 在籍予定 |
| 発達等の相談の有無 (子ども支援室ぬっく、ことばの教室 病院など) | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 (相談機関名:) |

- ・ 児童について、ご家庭で心配していることや病歴など留意してほしいことがあれば記入してください。
- ・ 服用している薬があれば、服用頻度や副作用（眠くなる等）について記入してください。

| | |
|---------------------------------|--|
| 【新1年生のみ記入】 在籍保育所・認定こども園・幼稚園名 | |
|---------------------------------|--|

※お子さんをお預かりする上で大変重要な情報になりますので、必ず御記入ください。

4 その他

(転居の予定・育休中など、クラブの利用にあたって、特記すべきことがあれば記入してください。)

| |
|--|
| |
|--|

5 連絡方法

| | |
|----------------|--|
| ■ 電話 (連絡が付く番号) | |
| ■ メールアドレス | |

※子ども未来課からお問い合わせさせていただく場合がありますので、どちらも御記入をお願いします。