

① 放 課 後 児 童 ク ラ ブ 入 会 申 立 書 (年間コース用)

令和 年 月 日

社会福祉法人 鴨川市社会福祉協議会

会 長 石 井 一 巳 様

住 所 _____

申請者名 (保護者) _____

私は、下記理由により放課後等に児童の保育ができないことを申し立てます。

ついては放課後児童健全育成事業の年間コース利用を希望いたします。

放課後児童クラブ等名 _____ クラブ _____

* 下記記載のあてはまる項目にすべて□の中にレ点をいれて、必要事項をご記入ください。

利用児童	ふりがな		保護者との続柄	性 別	生年月日	
	氏 名			□男・□女	年 月 日	
	学校・学年	() 小学校 年 (□在学・□入学予定)				
	保育の必要な曜日	□平日 (□月 □火 □水 □木 □金) □土曜				
	世帯の状況					
世帯の就労状況	雇用形態	□正社員・契約社員 □非常勤・パート □自営 □内職 □一次産業 (□農業 □漁業 □酪農 □林業) □その他		□正社員・契約社員 □非常勤・パート □自営 □内職 □一次産業 (□農業 □漁業 □酪農 □林業) □その他		
	就労・従事日数	月 日以上		月 日以上		
	就労・従事時間	平日	時間	分	平日	時間 分
		土曜	時間	分	土曜	時間 分
日曜		時間	分	日曜	時間 分	
祝休日		時間	分	祝休日	時間 分	
不定期 ()				不定期 ()		
病気・療養	病 名					
	要介護度	□要支援 (□1・□2) □要介護 (□1・□2・□3・□4・□5)				
	障害者手帳	□有 (□身体障害者手帳 () 級 □療育手帳 () 級 □精神障害者手帳 () 級) □無				
	かかりつけ病院					
	治療・身体状況	□入院 (年 月 日~ 年 月 日まで) □通院 月:週 日程度 □自宅 □寝たきり □要安静 □その他				
介護付添	対象者	氏名 () 続柄 ()				
	病名					
	介護内容	□要支援 (□1・□2) □要介護 (□1・□2・□3・□4・□5) □障害 (□身体障害者手帳 () 級 □療育手帳 () 級 □精神障害者手帳 () 級) □入院付添い □居宅介護 □居宅外 頻度 □病院等付添 (週) □ 自宅療養				
(記載事項確認) 添付書類: 診断書・介護保険証・障害者手帳・その他 ()						
【申請児童が待機となった場合】 □ 空きが出るまで待機をする □ 入会申請を取り下げる						

② 家庭状況調査票

緊急時 連絡先 (携帯電話可)	順位	氏名	続柄	電話番号
	1			
	2			
	勤務先等	(父) 名称 (母) 名称		☎番号 ☎番号

勤務先等から学童までの所要時間 (父) 分 (母) 分

家族状況 (同居の家族全て)	続柄	氏名	生年月日	勤務先・在学名	備考	

健康保険	被保険者				
	保険種別	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> その他			
	記号番号	記号		番号	

児童の健康状況	血液型	型	かかりつけの	内科	☎
	平熱	℃	病院名	外科	☎
	今までにかかった病気	*はしか 才、 *水ぼうそう 才、 *風疹 才 *おたふく風邪 才、 *その他 ()			
	今までにした大きなけが	(平成 年 月)	かかりやす い病気		
	耳の異常	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ()			
	目の異常	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ()			
	けいれん	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (回数) ※ある場合 服薬の有無 (有・無)			
	現在治療中の病気・けが	病名 () 治療開始年月日 ()			
	アレルギー・食事制限	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ()			

申請児童の保育状況	<input type="checkbox"/> 家庭保育 <input type="checkbox"/> 別居の祖父母に預けている <input type="checkbox"/> 職場の学童に預けている <input type="checkbox"/> その他 (具体的に記入してください)
	保育が必要な時間数 (平日 時間 土曜日等 時間)

兄弟姉妹の状況	<input type="checkbox"/> 兄弟がいる <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹が既に学童クラブを利用している。
---------	---

申し込み方法	<input type="checkbox"/> 兄弟 (姉妹) で申し込みを希望する。 <input type="checkbox"/> 兄弟 (姉妹) で申込みしない。
--------	--

入会方法	<input type="checkbox"/> 兄弟で入会できる時点で入会 <input type="checkbox"/> 申請児童のみ入会
------	--

入会不可であった場合	<input type="checkbox"/> 父母が家庭にて保育をする。 <input type="checkbox"/> 祖父母等の親族が保育する <input type="checkbox"/> その他 (具体的に記入してください)
------------	---

同意事項	<input type="checkbox"/> 適切な保育の実施を行うために関連部署から資料を取得する 上記の事項に関して同意します。 年 月 日 保護者名 Ⓜ
------	---

③ 放課後児童クラブ 児童調査票

社会福祉法人 鴨川市社会福祉協議会

この調査票は、お子様の心身の健康の記録であり、放課後児童クラブと家庭との連絡を密にすることにより、お子様が学童クラブにおいて、心身ともに健全であり、安全で充実した保育が受けられることを目的としています。

※ 下記の調査票は、保育指導に重要なものですので、なるべく詳しく記入してください。

(令和 年 月 日記入)

クラブ名	クラブ		
フリガナ	男	生年月日	平成 年 月 日生
児童氏名	女	学 年	新 年生
保護者氏名		住所	
1. 家庭でのお子さんの様子(愛称・好きな遊びなど)			
2. お子さんに望むこと			
3. 体の状態(病気・事故の後遺症・障がい・医師に注意されていることなど)			
4. 心の状態(情緒の発達など)			
5. 食事(アレルギー・食べられないものなど)			
6. 学童クラブへ望むこと(宿題・遊び・運動などの注意することなど)			
7. その他(スポーツ少年団・塾・習い事など)			

*この調査票は、放課後児童クラブ事業のみで使用し、その他では使用いたしません。

※入会を希望するお子さん全員の氏名を記入してください。

保記 護入 者欄	児童氏名			
	利用する学童名		児童から 見た続柄	父・母・祖母・祖父・その他 ()

④ 在 職 ・ 内 職 (予 定) 証 明 書

(以下は雇用主が記入してください。)

令和 年 月 日

鴨川市社会福祉協議会会長 あて 事業所所在地

事業所名

代表者名 ⑩

電 話

就労している

次の者が下記の通り

採用予定である

ことを証明します。

産後休暇または育児休暇終了後、就労する

(□にチェックを付けてください。)

就 労 者	住 所				
	氏 名				
	採用 (予定) 年月日	年	月	日 (採用 ・ 採用 予定)	
就 労 場 所	所在地		仕事の内容		
	名 称		勤務先電話		
雇 用 形 態	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 契約社員 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 派遣 <input type="checkbox"/> 自営 (居宅外 ・ 居宅内) <input type="checkbox"/> その他 () ※雇用期間に定めがある場合は下記に契約期間を記入				
契 約 期 間	年	月	日	～ 年 月 日	
産 後 育 児 休 暇 期 間	年	月	日	～ 年 月 日	
就 労 日 等	1 日 の 就 労 時 間	開始時間		1 日 の 合 計 就 労 時 間 (休 憩 含)	時 間 分
		終了時間		上 記 の 内 休 憩 時 間	時 間 分
	月 の 平 均 就 労 日 数		勤務しない 曜 日	<input type="checkbox"/> 定 休 (毎 週 曜 日) <input type="checkbox"/> 不 定 休 (月 ・ 週 日)	

※この書類は、学童クラブ利用にあたり、児童の保護者が鴨川市社会福祉協議会に提出するものです。

※就労等の状況について、雇用主(内職提供者)の方に確認させていただく場合があります。ご了承ください。