

① 放 課 後 児 童 ク ラ ブ 入 会 申 立 書 (記入例)

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 鴨川市八色887-1

申請者名(保護者) 鴨川 太郎

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。

ついでに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 〇〇学童 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	かもがわ ななこ	保護者との続柄	性 別	生年月日
	氏 名	鴨川 菜々子	長女	□男・ <input checked="" type="checkbox"/> 女	平成25年1月1日
	学校・学年	(〇〇) 小学校 1年 (□在学・ <input checked="" type="checkbox"/> 入学予定)	4月からの新学年を記入		
	保育の必要な曜日	<input checked="" type="checkbox"/> 平日 (<input checked="" type="checkbox"/> 月 <input checked="" type="checkbox"/> 火 <input checked="" type="checkbox"/> 水 <input checked="" type="checkbox"/> 木 <input checked="" type="checkbox"/> 金) □土曜			

世帯の就労状況	世帯の状況						
	雇用形態	<input checked="" type="checkbox"/> 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			<input checked="" type="checkbox"/> 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 20日以上			月 20日以上		
	就労・従事時間	平日 8時間 00分 土曜 時間 分 日曜 時間 分 祝休日 時間 分	平日 8時間 00分 土曜 時間 分 日曜 時間 分 祝休日 時間 分			不定期 ()	

父、母等、養育している方の在職・内職(予定) 証明書の内容を確認の上記入してください

病気・療養	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) <input checked="" type="checkbox"/> 無				
	かかりつけ病院 治療・	家庭内で介護されていて、児童の保育が困難なため、学童利用が必要な方はこちらもご記入ください。また、下記に記載の添付書類のご提出もお願いいたします				
	体状況	□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	同居をされている、介護を必要とする方の情報を記入してください				
	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				

必ずどちらかにチェックをお願いいたします

(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

(記入例)

② 家庭状況調査票 児童名:

緊急時 連絡先 (携帯電話可)	順位	氏名	続	迎えに来られる方、緊急時に連絡のつく方の 連絡先を記入してください
	1	鴨川 太郎	父	
*緊急時に連絡のつ く番号を記入	2	鴨川 花子	母	
	勤務先等	(父) 名称 鴨川市社会福祉協議会	☎番号 04(7092)0000	
		(母) 名称 ○○病院	☎番号 04(7092)0000	

勤務先等から学童までの所要時間	(父) 分	(母) 分
-----------------	-------	-------

家族の状況(同居)	続柄	氏名	生年月日	勤務先・在学名	備考
	父	鴨川太郎	昭和60年1月11日	鴨川市社会福祉協議会	
	母	鴨川花子	昭和63年10月3日	○○病院	
	次女	鴨川菜々美	平成27年9月15日	○○幼稚園在園	

申請する児童の名前・記号・番号を記入してください

利用児童からみた関係を記入し、兄弟姉妹等の学年は4月からの学年を記入してください。また、4月以降で勤務先が変わる場合は改めて在職証明の提出が必要です

健康保険	被保険者	鴨川 菜々子		
	保険種別	<input type="checkbox"/> 国民健康保険	<input checked="" 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	前川小児科クリニック	☎
	平熱	36.5℃	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	鎖骨骨折 (平成30年 3 月)		かかりやす い病気	中耳炎、外耳炎	
	耳の異常	<input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ()				
	目の異常	<input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ()				
	けいれん	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ()					

児童の健康状態はできるだけ詳細に記入をお願いします

必ずどちらかにチェックをお願いいたします

申請児童の保育状況 (*申請時のお子さんの保育状況、及び学童利用後の保育の必要日数を記入してください)	<input type="checkbox"/> 家庭保育 <input checked="" 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) () など)
兄弟姉妹の状況	<input checked="" 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 入会	<input type="checkbox"/> 兄弟(姉妹)で申し込みを希望する。
	<input type="checkbox"/> 兄弟で入会できる時点で入会 <input checked="" type="checkbox"/> 申請児童のみ入会
入会後、別途同意書の提出をお願いいたします	<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 checked="" type="checkbox"/> その他(具体的に記入してください) 別居している祖父母は高齢のため長時間の保育は無理なので、学童を利用したい。

平日の1週間に何日利用するか記入

同意事項	<input checked="" 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 鴨川 太郎 ㊞
------	---

必ずチェックをお願いいたします

③ 放課後児童クラブ 児童調査票（記入例）

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2年1月15日記入）

クラブ名	鴨川学童「ゆう・遊」			クラブ
フリガナ	カモガワ ナナミ	男	生年月日	平成26年1月1日生
児童氏名	鴨川 菜々美	女	学 年	新 1 年生
保護者氏名	鴨川 太郎	住所	鴨川市八色887-1	
1. 家庭でのお子さんの様子(愛称・好きな遊びなど)				
愛称はななちゃん				
絵を描くことやおままごとは好きです。				
2. お子さんに望むこと				
友達と仲良く、思いやりのある子どもに育ててほしい				
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)				
骨折をしたことがあります(右ひじ)、喘息があり季節の変わり目は風邪を引きやすい。アトピーせい皮膚炎があります。				
4. 心の状態(情緒の発達などなるべく詳細にお書きください)				
特に問題はありませんが、少し人見知りなところがあります。				
困ったことがあっても言えないかもしれません。その時は助言をお願いします。				
5. 食事(アレルギー・食べられないものなど)				
好き嫌いはありませんが、まだ食べられないものもあります。				
食べ物のアレルギーはないです。				
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)				
自分から進んでやれるように助言していただければありがたいです。				
7. その他(スポーツ少年団・塾・習い事など)				
ピアノ、習字を習っていますが、土、日に行くため学童の日とは重なっていません。				

*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	鴨川菜々美		
	利用する学童名	鴨川学童「ゆう・遊」クラブ	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

⑨

電 話

在職証明書は、お勤め先の事業所にて記入捺印を依頼してください。事業所印は公印をお願いします。ご夫婦(父・母)でお勤めの場合は、お二人の在職証明書のご提出をお願いいたします。

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	鴨川市			
	氏 名	鴨川太郎			
	採用(予定)年月日	H26年 4月1日 (採用・採用予定)			
就 労 場 所	所在地	鴨川市八色 887-1	仕事の内容	事務職員	
	名 称	鴨川市社会福祉協議会	勤務先電話		
雇 用 形 態	<input checked="" 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	平成26年 4月 1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	8時30分	1日の合計就労時間(休憩含)	時間540分
		終了時間	17時30分	上記の内 休憩時間	時間60分
	月の平均 就労日数	22日	勤務しない 曜 日	<input checked="" type="checkbox"/> 定 休 (毎 週 土・日 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。