

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 榎 本 豊 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。

放課後児童クラブ名 クラブ

＊下記記載のあてはまる項目すべての ☐ の中にチェックをいれて、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			<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	年 月 日
	学校・学年	() 小学校 新 年生			
	月に何日利用するか	月 日間 利用	土曜日の利用の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
		世帯の状況			
		保護者（父）		保護者（母）	
世帯の就労状況	雇用形態	<input type="checkbox"/> 正社員・契約社員 <input type="checkbox"/> 非常勤・パート <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> 一次産業（ <input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> 漁業 <input type="checkbox"/> 酪農 <input type="checkbox"/> 林業）		<input type="checkbox"/> 正社員・契約社員 <input type="checkbox"/> 非常勤・パート <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> 一次産業（ <input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> 漁業 <input type="checkbox"/> 酪農 <input type="checkbox"/> 林業）	
	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 土曜 時間 分 日曜 時間 分 祝休日 時間 分 不定期（ ）		平日 時間 分 土曜 時間 分 日曜 時間 分 祝休日 時間 分 不定期（ ）	
病気・療養	病 名				
	要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援（ <input type="checkbox"/> 1・ <input type="checkbox"/> 2） <input type="checkbox"/> 要介護（ <input type="checkbox"/> 1・ <input type="checkbox"/> 2・ <input type="checkbox"/> 3・ <input type="checkbox"/> 4・ <input type="checkbox"/> 5）			
	障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（ ）級 <input type="checkbox"/> 療育手帳（ ）級 <input type="checkbox"/> 精神障害者手帳（ ）級 <input type="checkbox"/> 無			
	かかりつけ病院				
	治療・身体状況	<input type="checkbox"/> 入院（ 年 月 日～ 年 月 日まで） <input type="checkbox"/> 通院 月：週 日程度 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 要安静 <input type="checkbox"/> その他			
介護付添	対象者	氏名（ ） 続柄（ ）			
	病名				
	介護内容	<input type="checkbox"/> 要支援（ <input type="checkbox"/> 1・ <input type="checkbox"/> 2） <input type="checkbox"/> 要介護（ <input type="checkbox"/> 1・ <input type="checkbox"/> 2・ <input type="checkbox"/> 3・ <input type="checkbox"/> 4・ <input type="checkbox"/> 5） <input type="checkbox"/> 障害（ <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（ ）級 <input type="checkbox"/> 療育手帳（ ）級 <input type="checkbox"/> 精神障害者手帳（ ）級 <input type="checkbox"/> 入院付添い <input type="checkbox"/> 居宅介護 <input type="checkbox"/> 居宅外 頻度 <input type="checkbox"/> 病院等付添（週 ） <input type="checkbox"/> 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】 <input type="checkbox"/> 空きが出るまで待機をする <input type="checkbox"/> 入会申請を取り下げる					

② 家 庭 状 況 調 査 票

児童名：

緊急時 連絡先 (携帯電話可) *緊急時に連絡のつ く番号を記入	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
お迎えに来る方の情報		氏 名	続 柄	連 絡 先	
	①				
	②				
	③				
児童の健康状況	血液型	型	かかりつけの 病院名	内科	☎
	平熱	℃		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	□ない □ある ()			
	目の異常	□ない □ある ()			
	けいれん	□ない □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	□ない □ある ()			
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)		□家庭保育 □別居の祖父母に預けている □職場の学童に預けている □その他(具体的に記入してください) () など)			
申し込み方法		□兄弟(姉妹)で申し込みを希望する。 □兄弟(姉妹)で申込みしない。			
入会方法		□兄弟で入会できる時点で入会 □申請児童のみ入会			
入会不可であった場合		□父母が家庭にて保育をする。 □祖父母等の親族が保育する □その他(具体的に記入してください)			
同意事項		□ 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	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(やさしい子になってほしい、友達と仲良くしてほしい等)			
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(情緒の発達などなるべく詳細にお書きください)			
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・運動などの日々の生活で注意することなど)			
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	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 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
		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。

※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	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 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
		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。