

調布市長 宛

調布市立学童クラブ利用申請書

20 年 月 日

放課後児童健全育成事業を利用したいので、次のとおり申請します。

市が保有する申請者(その属する世帯の構成員を含む。)の個人情報の取扱いについて、以下のことに同意します。

署名

①放課後児童健全育成事業の利用申請内容の確認のために、調査(入園している、又は入園していた保育園・幼稚園・関係機関等
に問い合わせることを含む。)すること ②(放課後児童健全育成事業利用者のみ)児童の安全な育成のために利用することに同意します。

記入

一 申請児童情報	児童氏名	フリガナ(氏): 氏:	フリガナ(名): 名:	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日 20 年 月 日	学童クラブ利用開始希望日 20 年 月 1日	
	小学校・学童等状況 入力用番号一覧 二次元バーコード 参照し 右欄ご記入下さい	2024年4月1日時点 小学校等状況(予定を含む) 入力用番号記入 A 小学校	D 希望学童クラブ 入力用番号記入 ※ 第2希望以降記入がないと、第1希望に入会不可の場合、入会保留となります。 ※ 国立・私立小学校の方は居住地が属する学区の学童クラブに申請可能です。 ※ 就学相談中・指定校変更希望中の方は希望先の学区の学童クラブを選択してください。		E ※希望学童クラブ 入力用番号記入 ※ 通う学校が未定の場合のみ記入(就学相談中や指定校変更希望中など) 希望の学校に通えない場合(左に記入した学童クラブに通えない場合)を想定して、居住地の学区の学童クラブを記入してください。	F 申請児童の過去の学童クラブの在籍状況 入力用番号 記入	
		B 学年	第一希望 第二希望 第三希望 第四希望		第一希望 第二希望 第三希望 第四希望	G 障害児枠申請 入力用番号 記入	
	アレルギー関係		アナフィラキシーの既往歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		エピペン処方 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
発達・障害等		発達センター等 <input type="checkbox"/> 通所している(又はしていた) <input type="checkbox"/> 通所していない		就学支援シート <input type="checkbox"/> 提出している(又は提出予定) <input type="checkbox"/> 提出予定なし			
		個別記録票i-ファイル <input type="checkbox"/> 持っている <input type="checkbox"/> 持っていない		障害者手帳の種類(所持者のみ) <input type="checkbox"/> 愛の手帳(度) <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(級) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳(級)			
二 保護者情報	区分	フリガナ(氏) 氏	フリガナ(名) 名	続柄	生年月日(西暦)	電話番号	保護者要件 (放課後家庭で育成できない理由) (2024年4月1日時点)
	保護者1			<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 他	年 月 日		<input type="checkbox"/> a 外勤 <input type="checkbox"/> b 就労内定 <input type="checkbox"/> c 復職予定 <input type="checkbox"/> d 産休 <input type="checkbox"/> e 自営業 <input type="checkbox"/> f 疾病・障害 <input type="checkbox"/> g 看護介護 <input type="checkbox"/> h 通学 <input type="checkbox"/> i 求職・自営業準備中 ※裏面も記載
	保護者2			<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 他	年 月 日		<input type="checkbox"/> a 外勤 <input type="checkbox"/> b 就労内定 <input type="checkbox"/> c 復職予定 <input type="checkbox"/> d 産休 <input type="checkbox"/> e 自営業 <input type="checkbox"/> f 疾病・障害 <input type="checkbox"/> g 看護介護 <input type="checkbox"/> h 通学 <input type="checkbox"/> i 求職・自営業準備中 ※裏面も記載
	<input type="checkbox"/> ひとり親である(ひとり親の場合、上記保護者2欄は記入不要) ※ 添付書類で「児童扶養手当」「児童育成手当」「ひとり親家庭等医療証」「戸籍謄本」「離婚受理証」のいずれかのコピーが必要						
	現住所	区市町村・番地					
	〒	建物名・部屋番号等					
※転入・転居予定の場合は 新住所を記入	区市町村・番地						
〒	建物名・部屋番号等				転入・転居予定日	20 年 月 日	
生活保護の該当		<input type="checkbox"/> 生活保護を受けている(生活保護受給者証の添付が必要)					
三 同居家族(保護者以外)	区分	フリガナ(氏) 氏	フリガナ(名) 名	続柄	生年月日(西暦)	職業・学校・保育園・幼稚園(2024年4月1日時点の所属状況)	
	兄弟姉妹			<input type="checkbox"/> 兄 <input type="checkbox"/> 姉 <input type="checkbox"/> 弟 <input type="checkbox"/> 妹	年 月 日	職場・学校 保育園・ 幼稚園名等	学年 クラス等
				<input type="checkbox"/> 兄 <input type="checkbox"/> 姉 <input type="checkbox"/> 弟 <input type="checkbox"/> 妹	年 月 日	職場・学校 保育園・ 幼稚園名等	学年 クラス等
				<input type="checkbox"/> 兄 <input type="checkbox"/> 姉 <input type="checkbox"/> 弟 <input type="checkbox"/> 妹	年 月 日	職場・学校 保育園・ 幼稚園名等	学年 クラス等
	兄弟姉妹も学童クラブ申請中の方				<input type="checkbox"/> 同じ学童クラブの利用を希望(承認等指数が低い方の児童が決定した学童クラブとなります。) <input type="checkbox"/> 別々の学童クラブでも良い		
その他の親族			<input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 他()	年 月 日	職業等:		
			<input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 他()	年 月 日	職業等:		

