

有田町放課後児童クラブ入所申請書

年度

※前年度に申請される場合は、新年度4月1日現在でご記入ください。

児童名	ふりがな	小学校名・学年
	氏 名 (男・女)	<input type="checkbox"/> 有田小学校 <input type="checkbox"/> 有田中部小学校 <input type="checkbox"/> 曲川小学校 <input type="checkbox"/> 大山小学校
	生年月日： 年 月 日 (歳)	年

連絡先	順位	連絡先の種類 (氏名・続柄等)	電話番号
	1		
	2		
	3		

入所希望期間： 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日						
利用する曜日 (毎週確実に利用される曜日のみ○をつける)	月	火	水	木	金	土
利用する曜日 (毎週確実に利用される曜日のみ○をつける)	○をつけた曜日のうち週 日間利用					

(注) 通常の下校時間を基準にお願いいたします。
○をつけていない曜日のうち、児童の早帰りなど不定期なお預かりもいたします。

家族構成	続柄	同居家族の氏名	年齢・学年	勤務先・学校等	証明	備考

(注) 入所児童を除く同居家族全員を記入してください。
(注) 就労証明書等については、満65歳以上の方を除く家族全員分が必要となります。

児童の 帰宅方法	お迎えの時間： 時頃	方法： 徒歩・自動車・その他 ()
	迎えに来る人： 父・母・祖父・祖母・その他 ()	

(注) 必ずお迎えをお願いします。児童のみでの帰宅はお断りしています。
(注) 勤務の都合により、お迎えが18時以降の方は、申し出てください。
(注) 放課後児童クラブから習い事などへ出かけられる方は、途中退所予定表を提出してください。

※新年度入所申込の取り下げを申し出る場合は、3月10日までに「放課後児童クラブ入所申込み取下げ書」をご提出ください。(3月10日までにお申し出いただけない場合は、4月分のおやつ代を徴収する場合があります。)

裏面も記入してください。

健康状態	・持病など	・配慮してほしいこと（服薬等）	・平常の体温
	・食物アレルギー（有・無） ・食物アレルギー原因（ ） ・エピペンの所持（有・無）		
特記事項	・性格などに対して、留意した対応を希望されることを具体的にお書きください。		
障がい等	・障がいの有無：（有・無）／・障がい名（ ） <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者手帳 <input type="checkbox"/> 特別支援学級に在籍または進学予定		

申請理由	保護者についてあてはまるものに○をつけてください。 1. 居宅外就労 2. 居宅内就労 3. 出産 4. 疾病等 5. 家族の介護等 6. 就学中 7. 就職活動中 8. その他（ ）
------	--

保護者名（ ）	勤務先	名称							
		所在地							
	勤労形態	常勤 ・ 臨時 ・ パート ・ 自営 ・ 内職 ・ その他							
	就労時間	平日	：	～	：	土曜日	：	～	：
	休日	該当するものに○をつけてください。		土曜日 ・ 日曜日 ・ 祝祭日 平日（ 曜日） ・ 不定休（月 日程度）					

保護者名（ ）	勤務先	名称							
		所在地							
	勤労形態	常勤 ・ 臨時 ・ パート ・ 自営 ・ 内職 ・ その他							
	就労時間	平日	：	～	：	土曜日	：	～	：
	休日	該当するものに○をつけてください。		土曜日 ・ 日曜日 ・ 祝祭日 平日（ 曜日） ・ 不定休（月 日程度）					

生活保護	<input type="checkbox"/> 受給していない <input type="checkbox"/> 受給している（ 年 月から） <input type="checkbox"/> 申請中
児童扶養手当	<input type="checkbox"/> 受給していない <input type="checkbox"/> 受給している（ 年 月から） <input type="checkbox"/> 申請中
振替口座	<input type="checkbox"/> 継続（口座名義人： ） <input type="checkbox"/> 新規（口座振替依頼書（後日送付）を提出してください）

入所申請書及び就労状況の内容等について事実と相違なく、留守家庭のため放課後児童クラブへの入級を申請します。

令和 年 月 日

有田町長 様

申請者 住所 〒 有田町

（アパート名： ）

氏名

※管理者記入欄

受付日	審査結果	入力	保険料領収日	他所併願の有無
				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無