様式第１号（第３条関係）

学童クラブ入所申請書

社会福祉法人

吉岡町社会福祉協議会長　様

年　　月　　日学童クラブに入所したいので、次のとおり別紙を添えて申し込みます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者  （保護者） | | 住 所 | 吉岡町大字 | | | | | | |
| 氏 名 |  | | | | | TEL |  |
| 申請児童 | | ふりがな |  | | | | | 性 別 | 生年月日 |
| 氏 名 |  | | | | | 男・女 | 年　　月　　日 |
| 学校名・学年 | | | 小学校　　　年（入所希望年度の学年を記入） | | | | |
| 入所希望期間 | | | 年　　月から　　　　年　　月まで（最長１年間） | | | | |
| 利用希望曜日 | | | 平日のみ ・ 平日と土曜日 | | | 新規又は継続 | 新規入所 ・ 継続入所 |
| 申請理由 | | １　保護者の就労　　　　　２　保護者の疾病・障害  　３　親族の介護　　　　　　４　その他（　　　　　　　　　　　　　）  　※申請理由を確認できる書類を添付してください。 | | | | | | | |
| 家族構成　※同じ住所地（別世帯・同一敷地内含む。）の人、全員を記入してください。 | | | | | | | | | |
| № | 氏　名 | | | 生年月日 | | | 続柄 | 勤務先（就学先）・職業 | |
| 1 |  | | | 年　　月　　日 | | |  |  | |
| 2 |  | | | 年　　月　　日 | | |  |  | |
| 3 |  | | | 年　　月　　日 | | |  |  | |
| 4 |  | | | 年　　月　　日 | | |  |  | |
| 5 |  | | | 年　　月　　日 | | |  |  | |
| 6 |  | | | 年　　月　　日 | | |  |  | |
| 7 |  | | | 年　　月　　日 | | |  |  | |
| 生活保護 | | 該当　・　非該当 | | | | ひとり親世帯 | | 該当しない　・（父・母）子世帯 | |

※続柄は、申請児童からみた続柄を記入してください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 緊急連絡先（優先順） | 氏　名 | | 続柄 | 連　絡　先 | 電　話 |
| ① |  |  | 職場・携帯・自宅・その他（　　　） |  |
| ② |  |  | 職場・携帯・自宅・その他（　　　） |  |
| ③ |  |  | 職場・携帯・自宅・その他（　　　） |  |
| ④ |  |  | 職場・携帯・自宅・その他（　　　） |  |

保護者の勤務状況

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 父親 | 勤務先 |  | | |
| 所在地 |  | | |
| 勤務時間 | 時　　　分　～　　　時　　　分 | 変 則 勤 務 ※ | 有　・　無 |
| 電話番号 |  | 土 曜 日 の 勤 務 | 有　・　無 |
| 母親 | 勤務先 |  | | |
| 所在地 |  | | |
| 勤務時間 | 時　　　分　～　　　時　　　分 | 変 則 勤 務 ※ | 有　・　無 |
| 電話番号 |  | 土 曜 日 の 勤 務 | 有　・　無 |

※変則勤務有りの場合は「就労証明書」に職場で勤務時間のパターンを記入してもらってください。

親族（児童の祖父母）の状況

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 父方の親族 | 祖父〔同居・別居・死亡〕（年齢　　歳） | 祖母〔同居・別居・死亡〕（年齢　　歳） |
| ※祖父母が同居の場合は保育できない理由を記入し、別居の場合は居住地住所を記入してください。 | |
| 母方の親族 | 祖父〔同居・別居・死亡〕（年齢　　歳） | 祖母〔同居・別居・死亡〕（年齢　　歳） |
| ※祖父母が同居の場合は保育できない理由を記入し、別居の場合は居住地住所を記入してください。 | |

児童の状況

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 性 格 |  | | |
| 体 質 | (平熱)  　　度　　分 | | 風邪をひきやすい ・ 熱を出しやすい ・ おなかを壊しやすい  その他（　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| アレルギー | 該当するものがあれば、〇で囲んでください。 | | |
| 〔卵、乳、小麦、魚介類、そば、落花生、他（　　　　　　　 　　　　　　）〕アレルギーの薬を  処方されていますか。（　はい　・　いいえ　） | | |
| 持病等健康上の留意点 | 内容を記入してください。 | | |
| 障 害 等 | 該当するものがあれば、〇で囲み内容を記入してください。  障害者手帳：（　　種　　級）（障害名：　　　　　　　　　　　　　　　　　）  療 育 手 帳：（A1 ・ A2 ・ A3 ・ B1 ・ B2 ）（障害名：　　　　　　　 　　　）  発達障害：（障害名：　　　　　　 　　　 　　　　　　　　　）  その他：　歩行障害・言語障害・他（　 　　 　　　　） | | |
| 保 険 証 | 種 類 | 国保 ・ 社保 ・ 共済 ・ その他（　　　　　　　　　　　） | |
| 記 号 番 号 |  | |
| かかりつけ医 | 病 院 名 | （電話番号） | |

別紙

※保護者記入欄

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ①児童氏名 |  | 新学年 | 年 | 就労者の続柄 | 父 ・ 母 ・ 同居祖父 ・ 同居祖母  その他（　　　　　） | |
| ②児童氏名 |  | 新学年 | 年 |
| ③児童氏名 |  | 新学年 | 年 | 通勤時間（児童の送迎を含まない） | | 片道　　　分 |

※複数の児童を申し込まれる場合、全ての児童氏名を記入してください。就労証明書は保護者１人につき１部の提出で結構です。

※事業主記入欄

就　労　証　明　書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 住　所 |  | | | |
| 氏　名 |  | | 職種 |  |
| 勤務形態 | １．常勤　２．非常勤　３．パート・アルバイト　４．派遣　５．その他（　　　） | | | |
| 採用年月日 | 年　　　月　　　日 | | 勤務年数 | 年　　　ヶ月（証明日時点） |
| 下記の事業所と勤務先の所在地・名称等が異なる場合 | 勤務地： | | | |
| 名　称： | | | |
| 連絡先： | | | |
| 休務日  ※該当項目に〇を付け②③ の場合は補記してください | １． 土・日・祝日（週休２日）  ２．毎週　　　　　曜日（週休　　日）  ３．変則（週または月内の休務日の日数を記入、またはシフト表等添付）  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 勤務時間  （曜日が異なる場合は、訂正・補記してください） | 月～金曜日 | 午前・午後　　　時　　　分　～　午前・午後　　　時　　　分 | | |
| 土曜日 | 午前・午後　　　時　　　分　～　午前・午後　　　時　　　分 | | |
| ※変則勤務の場合は勤務時間のパターンを（　）に記入してください。  ※不規則勤務の場合は平均的な就労時間を記入してください。記入できない場合、詳細を（　）に記入していただくか、直近のシフト表等、勤務実績の分かる資料を添付してください。  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 備　考 | ※夜勤・宿直勤務の有無、勤務条件の変更の可能性など、配慮が必要なことがありましたら記入してください。 | | | |

上記のとおり勤務していることを証明する。

|  |
| --- |
| 記入・証明担当者名： |
| 問い合わせ先電話番号：  　－　　　　－ |
| ※証明内容について確認させていただく場合があります。 |

　　　　　　年　　　月　　　日

所 在 地

事業所名

代表者名

電話番号