

鉛筆や消えるボールペンは使わないでください。書き損じがあった場合は、二重線で消し、記入してください。(修正液等使用不可)

記入漏れがある場合は受理できません。

記入例

令和〇年〇月〇日

受付印

令和8年度 三次市放課後児童クラブ入会申込書

三次市長様

三次市放課後児童クラブの利用について、次のとおり申し込みます。

住所: 三次市十日市中二丁目〇番〇号 マンキイ 201号

同居で児童手当受給者を保護者として申し込んでください。

みよし いちろう 三次 一郎

みよし たいち 三次 太一

確認して☑をしてください。

☑上記保護者は児童手当受給者です。

電話番号 児童との続柄

090-0000-0000 母

先② 0824-62-0000 母職場

☉感染症等により保健所から市へ情報提供の依頼があった場合は、対策に必要な個人情報の開示について 同意する 同意しない

☉メディアの取材・画像等の掲載について 同意する 同意しない

連絡先①は、この申込について、確認が必要となった場合の連絡先を記入してください。

どちらかに○をしてください。

「長期休業日の区分に☑をし、利用する「〇月」を記入してください。春・夏・冬の受付期間が異なります。(ちゅうおうを除く)

クラブ名: 十日市 放課後児童クラブ
☑長期休業日を含むクラブ開設日 4月~
☑土曜日利用しない

同居の家族の状況 (利用児童本人と祖父母を除く同居者全員)

Table with columns: 氏名, 生年月日, 児童との続柄, 児童を保育できない事由等 (就労先・就学先・病気等の状態, 就労・就学時間等, 備考)

◎祖父母の状況

Table with columns: 区分, 氏名, 同居(同一敷地や隣接含む)・別居, 就労等の状況, 不在

健康状況について: 該当するものに「〇」をつけてください。
 配慮が必要な場合は、詳細を記入してください。

◎子どもの健康状況

健康状態	健康・病気療養中（病名・症状： _____ ） 通院等について なし・あり（ _____ ）	
	発達相談等を受けたことがありますか <input checked="" type="radio"/> なし・あり（ _____ ）	
障害手帳等	身体障害者手帳 <input checked="" type="radio"/> なし・あり（障害名： _____ 等級）	
	療育手帳 <input checked="" type="radio"/> なし・あり（障害名： _____ 等級）	
アレルギー疾患	なし・ <input checked="" type="radio"/> あり（喘息・ <input checked="" type="radio"/> アレルギー性鼻炎 アトピー性皮膚炎・じんましん・ <input checked="" type="radio"/> 食物アレルギー その他： _____ ）	
アナフィラキシーショックの既往	なし・ <input checked="" type="radio"/> あり（いつ： 5歳のとき _____ ）（どこで： 自宅 _____ ） （原因： ピーナッツを食べて _____ ）（症状： じんましん・嘔吐・呼吸困難 _____ ）	
エピペン	<input checked="" type="radio"/> なし ・ あり	

◎児童クラブで配慮が必要な既往歴・食物アレルギー等

既往症・アレルギー物質	具体的症状	対応・配慮
ピーナッツ	じんましん・嘔吐	ピーナッツ入りの食物は禁止 嘔吐をしたら母へ電話
卵(非加熱の卵白)	発疹	加熱済であれば大丈夫

◎入会承諾・不承諾について

入会不承諾となった場合、今後入会可能となれば入会を希望しますか。	1. 希望する <input type="radio"/> 2. <input checked="" type="radio"/> 希望しない
【兄弟姉妹を申し込んでいる場合のみお答えください。】 申し込んだ兄弟姉妹のうち、誰かが不承諾となった場合でも、入会可能児童のみ入会希望しますか。（希望しない場合は、申込取下げとします。）	<input checked="" type="radio"/> 1. 希望する 2. 希望しない

※以下、市の受付者の記入欄です（保護者の方は記入しないでください。）

申込日	(令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日)	申込書提出者	児童の (_____)	受付者 (_____)
年 月 日				

就労点数	世帯点数	その他	総点数