

八街市児童クラブ入所申込書

令和〇年〇月〇日

八街市長 北村 新司 様

住所 八街市〇〇〇35-29

保護者氏名 八街 市夫

電話番号 090-0000-△△△△

父母がいる場合、保護者は父で記入してください

児童クラブへ入所させたいので、次のとおり申し込みます。

児童クラブ名	〇〇 児童クラブ					入所期間は最長でも令和9年3月31日です。
入所を希望する期間	令和〇年〇月〇日から令和〇年〇月〇〇日まで					
延長保育の希望	午前7時30分～午前8時 無・有(毎月・4月・7月・8月・12月・1月・3月)					
	午後6時30分～午後7時 無・有(毎月・4月・7月・8月・12月・1月・3月)					延長保育「有」にした場合延長保育料がかかります利用月を選んでください。
入所理由	共働きのため、他に監護する者がいないため					
児童の氏名	ふりがな やちまた じろう	男	平成30年4月15日生	女		
住所	八街市〇〇〇35-29					4月からの学年を記入してください
学校名	〇〇 小学校(新) 1 年					
家族状況	児童との続柄	氏名	年齢	職業	勤務先(電話)又は学校名(学年・組)	
	父	八街 市夫	40	会社員	(株)八街(000-△△△-△△△△)	
	母	八街 花子	37	パート	スーパー八街(△△△-000-△△△△)	
	兄	八街 太郎	12	中学生	〇〇中学 1年	
	祖母	八街 花枝	67	無職		
					記入時の家族状況を記入してください。	
緊急連絡先	①氏名(八街 花子)続柄(母)電話(090-△△△△-0000)					
	②氏名(八街 市夫)続柄(父)電話(090-0000-△△△△)					

緊急連絡先は、普段迎えにくる方で、日中連絡がつく番号を記入してください

児 童 の 健康状態	平熱： 36.5 ℃ かかりつけ医療機関名 (○○医院 電話 043-000-△△△△) アレルギー：無・有 (食物アレルギー・卵) 障がい：無・有 (障害者 手帳 2級 ※手帳の添付必要) 発達障害等の診断：無・有 (診断名：発達障害) 既往症・持病：無・有 (気管支喘息) 特別な配慮の必要性：無・有 〔 他人との関わりが苦手なので、配慮をお願いしたい。 喘息なので、激しい運動は控えるようにしてほしい。 〕 ※「有」の場合、具体的にご記入ください。					
児 童 の 性 格	長 所	思いやりがある				
	短 所	泣き虫				
生活保護 の 状 況	適用なし 適用あり (平成 年 月 日保護開始) 令和					
世帯種類	該当する場合は○で囲んでください。 (母子家庭 ・ 父子家庭 ・ 父母のいない児童の家庭)					
別 居 祖 父 母	氏 名	年齢	職業	住 所	電話	
	父 方	緊急連絡先に電話しても、つながらない場合の連絡先となります				
	母 方	○○ ○○	70	無職	八街市○○12	043-△△△-0000
	母 方	○○ ○○	68	パート	八街市○○12	090-△△△△-△△△△
(自宅から児童クラブまでの経路)						

注 入所を希望する理由の具体的な状況を確認できる就労証明書等の書類を併せて添付すること。