

児童クラブ加入申込書（兼児童台帳）

年 月 日

保護者 住所 新城市
ふりがな
氏名（電話番号 - ）

新城市長 様

児童クラブに加入したいので、次のとおり申し込みます。

児童	氏名	生年月日	学年 (2024.4.1の学年)	性別
	(ふりがな)	年 月 日生	年生	男・女

①通う小学校名及び加入形態（利用区分）

小学校	利用区分				
	<input type="checkbox"/> 通年利用 年 月 日より利用希望	<input type="checkbox"/> 長期休みのみ利用 ※下段の「利用申請月」をご記入ください。			
(加入理由)					
利用申請月 ※長期休みのみ利用の方のみご記入ください。	春休み（4月）	夏休み（7月）	夏休み（8月）	冬休み	春休み（3月）
	利用 (する・しない)	利用 (する・しない)	利用 (する・しない)	利用 (する・しない)	利用 (する・しない)

【注】新城小学校の児童クラブ（新城A・B）に加入される方、千郷小学校の児童クラブ（千郷A・B・C・D・E）に加入される方、東郷西小学校の児童クラブ（東郷西A・B・C）に加入される方については、こども未来課で各児童クラブの人数調整と割り振りをします。

②世帯の状況 《児童クラブへの加入を希望している児童以外の家族等を記入ください》

区分	氏名	年齢 2024.4.1現在	児童との続柄	就労等（就学、疾病、介護など含む）の状況	
児童の世帯員	(ふりがな)	歳		<input type="checkbox"/> 就労等している <input type="checkbox"/> 就労等していない 就労(就学)先や理由：	
	(ふりがな)	歳		<input type="checkbox"/> 就労等している <input type="checkbox"/> 就労等していない 就労(就学)先や理由：	
	(ふりがな)	歳		<input type="checkbox"/> 就労等している <input type="checkbox"/> 就労等していない 就労(就学)先や理由：	
	(ふりがな)	歳		<input type="checkbox"/> 就労等している <input type="checkbox"/> 就労等していない 就労(就学)先や理由：	
	(ふりがな)	歳		<input type="checkbox"/> 就労等している <input type="checkbox"/> 就労等していない 就労(就学)先や理由：	
生活保護の適用		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ 年 月 日保護開始）			

③緊急連絡先（※連絡が付きやすい順に記入してください）

1番目 続柄（ ） 名前（ ）
連絡先（自宅・携帯・職場・その他） 電話番号（ - - ）2番目 続柄（ ） 名前（ ）
連絡先（自宅・携帯・職場・その他） 電話番号（ - - ）3番目 続柄（ ） 名前（ ）
連絡先（自宅・携帯・職場・その他） 電話番号（ - - ）

④口座振替について（※いずれかにチェックを記入してください）

令和6年度初めて児童クラブを利用される方は、受付の際、こども未来課、鳳来・作手総合支所にて用紙をお渡ししますので、利用開始前に市内金融機関にて口座登録をしてください。

令和6年度初めて児童クラブを利用する 令和5年度に児童クラブを利用したことがある

⑤児童クラブの利用を必要とする理由等《就労証明等を添付できない場合に記入してください》

父親の状況	<input type="checkbox"/> 外勤・内職	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/> 内職（家庭内） <input type="checkbox"/> 内職（家庭外）
	<input type="checkbox"/> 自営業・農業	<input type="checkbox"/> 事業主 <input type="checkbox"/> 専従者
	<input type="checkbox"/> 傷病	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 自宅安静 <input type="checkbox"/> 通院
	<input type="checkbox"/> 心身障害	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳___級 <input type="checkbox"/> 療育手帳___判定 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳___級
	<input type="checkbox"/> 看護・介護	<input type="checkbox"/> 看護（続柄：_____） <input type="checkbox"/> 介護（続柄：_____）
	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 罹災 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 就労予定 <input type="checkbox"/> 求職・起業準備 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 緊急（要保護等）
	<input type="checkbox"/> 不在	<input type="checkbox"/> 別居（ <input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外：_____） <input type="checkbox"/> 離婚・死別 <input type="checkbox"/> その他（_____）
	添付書類	<input type="checkbox"/> 完備 <input type="checkbox"/> 不備（理由：_____）
母親の状況	<input type="checkbox"/> 外勤・内職	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/> 内職
	<input type="checkbox"/> 自営業・農業	<input type="checkbox"/> 事業主 <input type="checkbox"/> 専従者
	<input type="checkbox"/> 妊娠・出産	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 自宅安静 <input type="checkbox"/> 通院 出産（予定）日：令和___年___月___日
	<input type="checkbox"/> 傷病	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 自宅安静 <input type="checkbox"/> 通院
	<input type="checkbox"/> 心身障害	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳___級 <input type="checkbox"/> 療育手帳___判定 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳___級
	<input type="checkbox"/> 看護・介護	<input type="checkbox"/> 看護（続柄：_____） <input type="checkbox"/> 介護（続柄：_____）
	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 罹災 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 就労予定 <input type="checkbox"/> 求職・起業準備 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 緊急（要保護等）
	<input type="checkbox"/> 不在	<input type="checkbox"/> 別居（ <input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外：_____） <input type="checkbox"/> 離婚・死別 <input type="checkbox"/> その他（_____）
添付書類	<input type="checkbox"/> 完備 <input type="checkbox"/> 不備（理由：_____）	

⑥児童の状態 ※記入内容によって加入の可否を判断するものではありません。

食物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> アレルギー対応食（除去食品：_____）
エピペン	<input type="checkbox"/> エピペンを処方（予定）されている
平熱	℃
持病の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（病名：_____）
蜂刺されの経験	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
児童の特徴 ※特に配慮を望まれることについて記入ください。	診断名：_____ 受給者証 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 手帳 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 身体___級 療育___判定 精神___級 (手帳写しの提出でも構いません)
かかりつけ医等	医療機関名：_____（医師氏名：_____）
	医療保険証 保険者名称：_____ 記号：_____ 番号：_____

⑦塾等の状況 《児童クラブの開設時間に係るもののみ記入ください》

曜日	時間	塾等の名称	内容	備考
	時 分～ 時 分			
	時 分～ 時 分			

※市役所審査欄

加入の可否	システム入力	クラブ連絡	特記事項
<input type="checkbox"/> 可 年 月 日 <input type="checkbox"/> 否 理由：			
利用区分	加入児童クラブ		
<input type="checkbox"/> 通年 <input type="checkbox"/> 長期休みのみ	01 新城A 02 新城B 03 千郷A 04 千郷B 05 千郷C 06 千郷D 07 東郷西A 08 東郷西B 09 東郷東 10 舟着 11 八名 12 庭野 13 鳳来中部 14 東陽 15 黄柳川 16 鳳来東 17 作手 18 千郷E 19 東郷西C 20 鳳来寺		