

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(ふりがな)	生年月日	小学校	学年 (2025.4.1時点)	性別
		年 月 日生	小学校	年生	男・女
加入理由					

①利用区分(A, Bどちらかの欄をご記入ください)

A 通年利用	年 月 日より利用希望				
	早朝利用 利用する場合○	通年で利用	※料金については、ご案内の2ページをご確認ください。		
	延長利用 利用する場合○	通年で利用			

B の長期 休み	利用申請月	春休み(4月)	夏休み(7月)	夏休み(8月)	冬休み(12,1月)	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)
	早朝 利用する月に○					
	延長 利用する月に○					

【注】新城小学校の児童クラブ(新城A・B)、千郷小学校の児童クラブ(千郷A・B・C・D・E)、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 2025.4.1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7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ます。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7年度初めて児童クラブを利用する 令和6年度に児童クラブを利用したことがある

④児童クラブの利用を必要とする理由等

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：_____）	

⑤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：_____ ※保険証の写しでも可 記号：_____ 番号：_____

⑥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（_____ - _____ - _____）

※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	学年指数	
<input type="checkbox"/> 可 年____月____日 <input type="checkbox"/> 否 理由：_____				保護者指数	父母
利用区分	加入児童クラブ			調整指数	
<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			合計指数	