（様式第１号）

**上田市児童クラブ利用申請書**

上田市児童クラブ指定管理者

特定非営利活動法人ワーカーズコープ

代表理事　田嶋　羊子　　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 住所 | 〒上田市（自治会・区　　　　　） |
| 電話 | 　　　　（　　　　　） |
| FAX | 　　　　（　　　　　） |
|  |  |
|  |
| 児童クラブを利用したいので、次のとおり申し込みます。また、申請内容の確認のため、市が世帯状況等について調査することに同意します。 |
| 申請年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日 | 児童クラブ名 | （　　　　　　　）児童クラブ |
| 利用区分 | 新規(兄弟も含め今まで利用したことがない場合)　・　継続(以前も登録していた場合)　 |
| 利用期間 | 令和　　　年　　　月　　　日　～　令和　６ 年 ３ 月 ３１ 日　（１年更新です） |
| 利用希望児童 | フリガナ氏名 |  | 男・女 | 生年月日 | 平成　　年　　月　　日 |
|  |
| 学校学年 | (令和５年度)　　　　小学校年　　　組 |
| フリガナ氏名 |  | 男・女 | 生年月日 | 平成　　年　　月　　日 |
|  |
| 学年 | (令和５年度)年　　　組 |
| フリガナ氏名 |  | 男・女 | 生年月日 | 平成　　年　　月　　日 |
|  |
| 学年 | (令和５年度)年　　　組 |
| 利用希望児童を除く家族 | フ リ ガ ナ氏 名 | 続柄 | 生年月日 | 勤務先・学校名 | 同居別居 | 勤務先電話番号 |
|  |  |  |  | 同・別 |  |
|  |  |  |  | 同・別 |  |
|  |  |  |  | 同・別 |  |
|  |  |  |  | 同・別 |  |
|  |  |  |  | 同・別 |  |
| 世帯状況 | ※該当する方のみ○を付けてください。（家庭の状況により保育料の軽減を希望する場合）１　母子家庭（遺族年金・児童扶養手当・母子家庭医療 を 受給中・申請中）２　父子家庭　３　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 利用希望理由 | ※該当するもの全てに○を付けてください。理由が重複する方や2～7に該当する方は裏面に詳細をご記入ください。１　就労のため、保育できる保護者がいないため２　保護者が病気療養中、出産の産前産後で保育ができないため３　近い将来就労の見込みがあるが、現在求職中であるため４　昼間同居家族が家庭にいるが、高齢等のため保育ができないため５　保護者は就労していないが同居家族が病気、障がい等で介護が必要で保育ができないため６　保護者は就労していないが別居親族が病気、障がい等で介護が必要で保育ができないため７　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）受付日（ 　／ 　）受取者（　　　　）**＊裏面も忘れずに記入してください。** |
| 利用希望日 | 【児童名：　　　　　　　　　　　　　】※該当する箇所に○または数字を記入してください。* 通年利用する　　 利用頻度（目安） /　　週に　　　日（月・火・水・木・金・土）・　毎日
* 長期期間のみ利用する　（　学年始休業日・夏季休業日・冬季休業日・学年末休業日　）
* 短期利用する　（１ヶ月に数日）
 |
| 【児童名：　　　　　　　　　　　　　】※該当する箇所に○または数字を記入してください。* 通年利用する　　 利用頻度（目安） /　　週に　　　日（月・火・水・木・金・土）・　毎日
* 長期期間のみ利用する　（　学年始休業日・夏季休業日・冬季休業日・学年末休業日　）
* 短期利用する　（１ヶ月に数日）
 |
| 【児童名：　　　　　　　　　　　　　】※該当する箇所に○または数字を記入してください。* 通年利用する　　 利用頻度（目安） /　　週に　　　日（月・火・水・木・金・土）・　毎日
* 長期期間のみ利用する　（　学年始休業日・夏季休業日・冬季休業日・学年末休業日　）
* 短期利用する　（１ヶ月に数日）
 |

|  |  |
| --- | --- |
| 利用希望児童の健康状態で注意が必要なこと(病気やアレルギー等) | 特に心配なことがございましたら、申請時に職員までご相談ください。（症状により、生活上の注意事項について医師の意見書等をお願いする場合があります） |
|

■次に該当する児童は、職員加配の対象になることがありますので、申請書提出時に職員までご相談ください。

・身体障がい者手帳所持児童、療育手帳所持児童

・特別児童扶養手当受給対象児童

・医師から発達障がいと診断された児童（診断書の添付必要）

・医師、児童相談所等（市就学指導委員会）が上記児童と同等の支援を必要と認めた児童

【児童名：　　　　　　　　　　】

|  |
| --- |
| 申し込み児童の状況（職員加配の参考にします）　　※該当に記入または○ |
| 障がい名　（　　　　　　　　　　　　　　　） | 身体　・　知的　・　発達 |
| （　　）特別支援学級（予定）　　（　　）身体障がい者手帳　　級　　（　　）療育手帳　A・B |
| （　　）保育所・幼稚園で加配あり |

■利用児童について、より適切な支援をおこなうために、保育園や小学校等と情報共有させていただく場合があります。

|  |
| --- |
| ※利用希望理由　・　特記事項など（表面「利用希望理由」の欄で、理由が重複する方や2～7に該当する場合、具体的にご記入ください） |
|  |  |  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**■児童クラブには定員があります。申請希望に添えない場合がございますので御承知おきください。**

**■利用許可については必要な条件を付する場合がございますので御承知おきください。**

**記入例**

（様式第１号）

**上田市児童クラブ利用申請書**

上田市児童クラブ指定管理者

特定非営利活動法人ワーカーズコープ

代表理事　田嶋　羊子　　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 住所 | 〒　**386-0025**上田市　**天神2-4-74　○○アパート101号**（自治会・区　　　　　） |
| 電話 | 　　　　（　**\*\***　）　**\*\*\*\*** |
| FAX | 　　　　（　**\*\***　）　**\*\*\*\*** |
|  | 　**ウエダ　タロウ** |
| **上田　太郎** |
| 児童クラブを利用したいので、次のとおり申し込みます。また、申請内容の確認のため、市が世帯状況等について調査することに同意します。 |
| 申請年月日 | 令和　**\*\***　年　**\*\***　月　**\*\***　日 | 児童クラブ名 | （　　**○○○**　　）児童クラブ |
| 利用区分 | 新規(兄弟も含め今まで利用したことがない場合)　・　継続(以前も登録していた場合)　 |
| 利用期間 | 令和　　年　　月　　日　～　令和　６ 年 ３ 月 ３１ 日　（１年更新です） |
| 利用希望児童 | フリガナ氏名 | **うえだ　いちろう** | 男・女 | 生年月日 | 平成　**\*\***年　**\*\***月　**\*\***日 |
| **上田　一郎** |
| 学校学年 | (令和５年度)　　**○○○**　小学校**3**年　　**3**組 |
| フリガナ氏名 | **うえだ　じろう** | 男・女 | 生年月日 | 平成　**\*\***年　**\*\***月　**\*\***日 |
| **上田　二郎** |
| 学年 | (令和５年度)**1**年　　組 |
| フリガナ氏名 |  | 男・女 | 生年月日 | 平成　年　 月　 日 |
|  |
| 学年 | (令和５年度) 　　　　　 年　　　組 |
| 利用希望児童を除く家族 | フ リ ガ ナ氏 名 | 続柄 | 生年月日 | 勤務先・学校名 | 同居別居 | 勤務先電話番号 |
| **ウエダ　タロウ****上田　太郎** | **父** | **昭和\*\*年\*\*月\*\*日** | **㈱○○商会** | 同・別 | **0268-\*\*\*\*** |
| **ウエダ　ハナコ****上田　花子** | **母** | **昭和\*\*年\*\*月\*\*日** | **㈲○○事務所** | 同・別 | **0267-\*\*\*\*** |
| **ウエダ　ミサキ****上田　美咲** | **妹** | **平成\*\*年\*\*月\*\*日** | **○○保育園** | 同・別 |  |
|  |  |  |  | 同・別 |  |
|  |  |  |  | 同・別 |  |
| 世帯状況 | ※該当する方のみ○を付けてください。（家庭の状況により保育料の軽減を希望する場合）１　母子家庭（遺族年金・児童扶養手当・母子家庭医療 を 受給中・申請中）２　父子家庭　　３　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 利用希望理由 | ※該当するもの全てに○を付けてください。理由が重複する方や2～7に該当する方は裏面に詳細をご記入ください。１　就労のため、保育できる保護者がいないため２　保護者が病気療養中、出産の産前産後で保育ができないため３　近い将来就労の見込みがあるが、現在求職中であるため４　昼間同居家族が家庭にいるが、高齢等のため保育ができないため５　保護者は就労していないが同居家族が病気、障がい等で介護が必要で保育ができないため６　保護者は就労していないが別居親族が病気、障がい等で介護が必要で保育ができないため７　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）受付日（ 　／ 　）受取者（　　　　）**＊裏面も忘れずに記入してください。** |
| 利用希望日 | 【児童名：　　　　　　**一郎**　　　　　　　】※該当する箇所に○または数字を記入してください。* 通年利用する　　 利用頻度（目安） /　　週に　**3**　日（月・火・水・木・金・土）・　毎日
* 長期期間のみ利用する　（　学年始休業日・夏季休業日・冬季休業日・学年末休業日　）
* 短期利用する　（１ヶ月に数日）
 |
| 【児童名：　　　　　　 **二郎**　　　　　　】※該当する箇所に○または数字を記入してください。* 通年利用する　　 利用頻度（目安） /　　週に　 　日（月・火・水・木・金・土）・　毎日
* 長期期間のみ利用する　（　学年始休業日・夏季休業日・冬季休業日・学年末休業日　）
* 短期利用する　（１ヶ月に数日）
 |
| 【児童名：　　　　　　　　　　　　　】※該当する箇所に○または数字を記入てください。* 通年利用する　　 利用頻度（目安） /　　週に　　　日（月・火・水・木・金・土）・　毎日
* 長期期間のみ利用する　（　学年始休業日・夏季休業日・冬季休業日・学年末休業日　）
* 短期利用する　（１ヶ月に数日）
 |

|  |  |
| --- | --- |
| 利用希望児童の健康状態で注意が必要なこと(病気やアレルギー等) | 特に心配なことがございましたら、申請時に職員までご相談ください。**一郎　…　花粉アレルギー、ぜんそく　があります****二郎　…　よもぎアレルギー　があるのでよもぎに触らせないでください**（症状により、生活上の注意事項について医師の意見書等をお願いする場合があります） |
|

■次に該当する児童は、職員加配の対象になることがありますので、申請書提出時に職員までご相談ください。

・身体障がい者手帳所持児童、療育手帳所持児童

・特別児童扶養手当受給対象児童

・医師から発達障がいと診断された児童（診断書の添付必要）

・医師、児童相談所等（市就学指導委員会）が上記児童と同等の支援を必要と認めた児童

【児童名：　**二郎**　　　　　　　】

|  |
| --- |
| 申し込み児童の状況（職員加配の参考にします）　　※該当に記入または○ |
| 障がい名　（　**注意欠如多動性障がい**　　　　） | 身体　・　知的　・　発達 |
| （　　）特別支援学級（予定）　　（　　）身体障がい者手帳　　級　　（　　）療育手帳　A・B |
| （　**○**　）保育所・幼稚園で加配あり |

■利用児童について、より適切な支援をおこなうために、保育園や小学校等と情報共有させていただく場合があります。

|  |
| --- |
| ※利用希望理由　・　特記事項など（表面「利用希望理由」の欄で、理由が重複する方や2～7に該当する場合、具体的にご記入ください） |
|  |  |  |
|  |
|  |
|  |
|  |