

※提出日を記入

令和5年12月 4日

多賀城市放課後児童クラブ使用申請書

多賀城市長 殿

〒985-8531

住所: 多賀城市中央2丁目1番1号

保護者

氏名: 多賀城 太郎

電話:(自宅) 022-368-1141

(携帯) 090-0000-0000

放課後児童クラブの使用について、次のとおり申請します。
(※使用開始日時点の状況についてご記載ください。)

クラブ名		多賀城		小学校放課後児童クラブ		
申込児童	ふりがな	たがじょう あやめ		生年月日	平成 29 年 4 月 2 日	
	児童氏名	多賀城 あやめ				
	就学前の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 保育所(園)・幼稚園(名称:志引保育所) <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> その他()		性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	
	学年	4/1 時点		1年生		
使用開始	令和 6 年 4 月 1 日から	帰宅方法等	<input checked="" type="checkbox"/> ひとり帰り <input type="checkbox"/> お迎え 午後 時 分頃			
使用理由	<input checked="" type="checkbox"/> 保護者等が昼間就労している <input type="checkbox"/> 母が出産の前後である <input type="checkbox"/> 保護者等が疾病・負傷・障害を有している <input type="checkbox"/> 保護者等が看護又は介護をしている <input type="checkbox"/> その他、上記に類する状態()					
使用予定	週 3 日	必ず使用する曜日: <input checked="" type="radio"/> 月 ・ <input checked="" type="radio"/> 火 ・ <input checked="" type="radio"/> 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 (○で囲んでください。)				
家族状況 (単身赴任も含む ※)	続柄	ふりがな氏名	年齢	勤務先・就学先 (学校名、学年)	勤務先・就学先 (連絡先)	勤務・就学 (時間・日数)
	本人	たがじょう あやめ 多賀城 あやめ	6	多賀城小学校 1年	022 (000)0000	8:30 ~ 16:00 週 5 日
	父	たがじょう たろう 多賀城 太郎	40	〇〇商事	022 (000)0000	8:30 ~ 17:30 週 5 日
	母	たがじょう はなこ 多賀城 花子	40	アイウ販売店	022 (000)0000	10:00 ~ 16:30 週 5 日
	祖父	たがじょう じょうたろう 多賀城 城太郎	60	鶴亀マート	022 (000)0000	14:00 ~ 18:00 週 3 日
						: ~ : 週 日
					: ~ : 週 日	
					: ~ : 週 日	
延長使用の申込(月額1,000円)		<input type="checkbox"/> 申し込む		<input checked="" type="checkbox"/> 申し込まない		

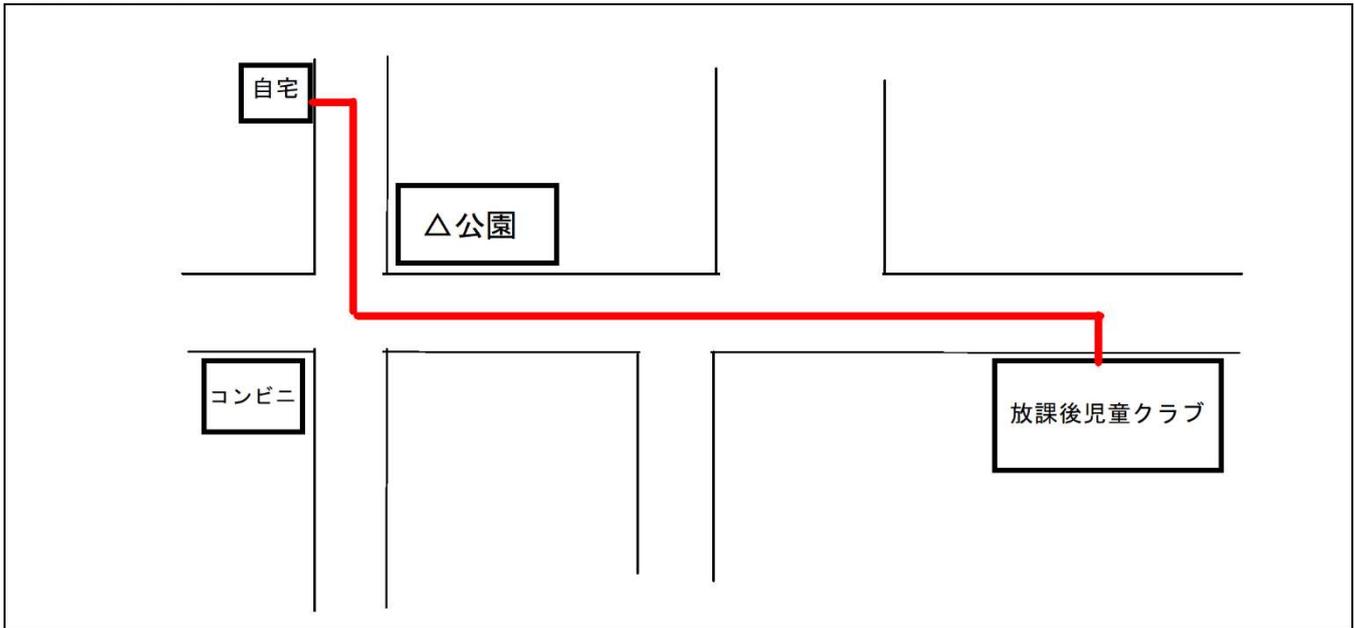
※家族状況欄は、申込者・申込児童も含む、全ての家族についてご記載ください。

裏面もご記載ください

※ボールペンまたはサインペンで記入願います。消すことができるペンは使わないでください。

<家庭調査票>

【略図】 枠内に児童クラブから自宅までの略図を書き、通学路を朱線でなぞってください。
(地図貼り付け可)



【児童について】 支援員がお子さんに関わる際の参考にしますので、必ずご記載ください。

児童の特徴等特記事項(可能な限り、詳細にご記載ください)

人見知りですが、慣れればお友達と楽しく過ごせます。
お迎えは主に母ですが、母の勤務形態が不規則であるため、父が行くこともあります。
両親ともに間に合わない場合は、ファミリー・サポート・センターを利用することがあります。

疾病 : なし・**あり** ()

児童の平熱 : 36.5 度 常用している薬 : 錠

主治医(かかりつけ医)があれば記入してください。

医院名 : 小児科

医院名 : クリニック

TEL : 022 ()

TEL : 022 ()

診断名が付いている障害等の有無 : なし・**あり** (診断名 : 症)

学校の状況 : 通常学級・特別**支援**学級 (知的・**情緒**・肢体不自由・病弱・難聴)

保育所等における障害児保育の状況 : なし・**あり**

発達に関する相談の状況 : なし・**あり** (継続中 終了)

* ありの場合 : 相談先 (太陽の家)

相談内容 (学習面で不安がある、かんしゃくを起こす)

【緊急連絡先】 児童の状況がわかり、迎えに来ることができる順にご記載ください。

① 母(携帯) 氏名:多賀城 花子 TEL:090(〇〇〇)〇〇〇〇	② 父(携帯) 氏名:多賀城 太郎 TEL:090(〇〇〇)〇〇〇〇	③ 祖父(自宅) 氏名:多賀城 城太郎 TEL:022(〇〇〇)〇〇〇〇
--	--	--

※ボールペンまたはサインペンで記入願います。消すことができるペンは使わないでください。