様式第１号（第３条関係）

南阿蘇学童保育クラブ利用申請書

申請日　　年　　月　　日

フリガナ		生年月日	年　　月　　日
保護者氏名		連絡先	
住 所	〒		

1	フ リ ガ ナ		男・女	生 年 月 日	年　　月　　日
	児 童 氏 名			学 校 ・ 学 年	小学校　　年生
	利用予定期間	☐ 通年（　　年　　月　　日 ～　　年　　月　　日 ） ☐ 長期休暇のみ（ 4 月の春休み ・ 夏休み ・ 冬休み ・ 3 月の春休み ）			
	お迎え予定	お迎え予定時刻：　　時　　分ごろ			
	基本健康情報	平熱　　℃　　かかりつけの病院：			
	健康状態等の配慮事項	【持病・服薬・食物アレルギー等】 ※集団生活や安全管理上、配慮すべき事項がある場合にご記入ください（アレルギー食品名、除去対応、常備薬、持病の症状など）。特にない場合は「特になし」とご記入ください。			
	障がい等の状況	・障がい者手帳（予定）　：☐ 無　☐ 有（ 身体 ・ 療育 ） ・特別支援学級在籍（予定）：☐ 無　☐ 有（ 知的情緒 ・ 通級 ） ・放デイ等の利用（予定）　：☐ 無　☐ 有（ 事業所名：　　）			
	特性・配慮事項	その他、お子さんの特性や集団生活で配慮すべき点があればご記入ください			
2	フリガナ		男・女	生 年 月 日	年　　月　　日
	児 童 氏 名			学 校 ・ 学 年	小学校　　年生
	利用予定期間	☐ 通年（　　年　　月　　日 ～　　年　　月　　日 ） ☐ 長期休暇のみ（ 4 月の春休み ・ 夏休み ・ 冬休み ・ 3 月の春休み ）			
	お迎え予定	お迎え予定時刻：　　時　　分ごろ			
	基本健康情報	平熱　　℃　　かかりつけの病院：			
	健康状態等の配慮事項	【持病・服薬・食物アレルギー等】 ※集団生活や安全管理上、配慮すべき事項がある場合にご記入ください（アレルギー食品名、除去対応、常備薬、持病の症状など）。特にない場合は「特になし」とご記入ください。			
	障がい等の状況	・障がい者手帳（予定）　：☐ 無　☐ 有（ 身体 ・ 療育 ） ・特別支援学級在籍（予定）：☐ 無　☐ 有（ 知的情緒 ・ 通級 ） ・放デイ等の利用（予定）　：☐ 無　☐ 有（ 事業所名：　　）			
	特性・配慮事項	その他、お子さんの特性や集団生活で配慮すべき点があればご記入ください			

【保護者・家族の状況】

フリガナ 氏名　※1	続柄	年齢	申請理由 ※2	勤務先名称 学校名　・　その他	※4

※1 保護者および家族の全ての方（児童本人を除く）を記入してください
※2 保護者については、申請理由欄に該当する番号を記入してください
【申請理由】 1. 就労のため 2.妊娠・出産のため 3. 病気のため 4. 介護・看護のため 5. 災害のため 6. その他（　）
※3 申請理由が「1. 就労のため」の場合は、指定の就労証明書を提出してください。
※4 申請者以外の緊急時の連絡先を優先順にて記入してください（最大３名まで）

【お迎え等の情報】 ※保護者等のかわりにお迎えに来られる方がいる場合はご記入ください

	保護者以外のお迎えの方（氏名・続柄・連絡先）
連絡先 1	（氏名：　　関係：　　携帯番号：　　）
連絡先 2	（氏名：　　関係：　　携帯番号：　　）
連絡先 3	（氏名：　　関係：　　携帯番号：　　）

児童クラブ利用料が未納となった場合、児童手当での納付に同意される方は下記に署名ください。

児童手当・特例給付に係る学校給食費等の徴収等に関する申出書

私は、児童手当法第 21 条第１項または第２項の規定に基づき、村長から支給を受ける児童手当等（児童手当及び特例給付をいいます。以下同様です。）の額から、放課後児童クラブ利用料の費用を、当該児童手当等の支払期日をもって支払いに充てる旨を申し出ます。

年　　月　　日

住所

受給者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※児童クラブ保護者と児童手当受給者は、同一名義でご記入願います。