別記第１号様式（第９条）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**夏期**

茂原市放課後児童健全育成事業利用申込書

（宛先）茂原市長

**申請者（保護者）**

|  |  |
| --- | --- |
| 申請日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 住　　所 | 〒 |
| フリガナ |  | 電話番号（日中連絡がつきやすい順に記入してください。） |
| 氏　　名 |  | ・　　　　－　　　　－　　　　（ 父・母・自宅・他（　　　　　））・　　　　－　　　　－　　　　（ 父・母・自宅・他（　　　　　））・　　　　－　　　　－　　　　（ 父・母・自宅・他（　　　　　）） |
| 生活保護の適用 | □無　　□有　　□申請中 |

**１　学童クラブの利用について、次のとおり申し込みます。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 利用区分 | 長期休業 |
| 児童氏名 |  | 利用希望期間 | ７月　・　８月 |
| 希望順位 | 　クラブ名 |
| 生年月日 | 平成　　　年　　　月　　　日 | 第１希望 |  学童クラブ |
| 小学校・学年（令和7年度） | 　　　　　小学校　　　　年生 | 第２希望 | 学童クラブ |
| 第３希望 | 学童クラブ平成令和 |
| 以前公設学童クラブを利用したことがある。(申込児童について)　　　いいえ ・ はい（　　　　　　　 学童クラブ／　　　　　　年度） |
| 現在、兄弟姉妹が公設学童クラブを利用している。　　　　　　　　　 いいえ ・ はい（　　　　　　 　学童クラブ／　　　　　　年生） |
| 現在、通年で民設学童クラブを利用している。　　　　　　　　 　　いいえ ・ はい（　　　　　　 　　　　　　　　学童クラブ） |
| ＜兄弟姉妹で利用希望の場合＞ |
| 一方の児童のみが利用可能な場合 | □ 同時に同じクラブを利用できるまで、兄弟姉妹全員待機する。□ 利用可能児童のみ利用する。 |

**２　保護者の状況**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 父の状況　（　同居　・　別居　） | 母の状況　（　同居　・　別居　） |
| フリガナ |  |  |
| 氏　名 |  |  |
| 生年月日 | 　　　　　　年　　月　　日　（　　　歳） | 　　　　　　年　　月　　日　（　　　歳） |
| 申込理由 | □就労　　□就学　　□入院　　□自宅療養□障害　　□介護・看護　　　　□求職中□不存在　□その他（　　　　　　　　　） | □就労　　□就学　　□入院　　□自宅療養□障害　　□介護・看護　□求職中　□出産□不存在　□その他（　　　　　　　　　） |
| 令和６年１月１日時点の住所 | □市内　　　□市外 | □市内　　　□市外 |

**３　家族の状況（利用児童・保護者以外の同居家族）**

**裏面も記入してください。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 | 児童からみた続柄 | 生年月日 | 年齢 | 勤務先・学校名等 |
|  |  | 　　　年　　月　　日 |  |  |
|  |  | 年　　月　　日 |  |  |
|  |  | 年　　月　　日 |  |  |
|  |  | 年　　月　　日 |  |  |

|  |
| --- |
| **健康生活状態申告書****児童受け入れの際の参考としますので、利用を希望されるお子さんについてお答えください。**（１）食事、排便、着脱衣、身辺整理等を自分で行うことができますか。　　（　できる　・　部分的に介助〔　　　　　　　　　　　　〕・全て介助　）（２）介助を求めることなく、集団生活を送ることができますか。　　（　できる　・　部分的に介助〔　　　　　　　　　　　　〕・全て介助　）（３）慢性疾患をお持ちですか。　　（　いいえ　・　はい〔　　　　　　　　　　　　　　　〕）（４）現在、通院または相談している病院・施設はありますか。　　（　いいえ　・　はい〔病名・障名等：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕　　　　　　　　　　　　〔病院名・通所施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕（５）医療行為（投薬等）が必要ですか。　　（　いいえ　・　はい〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕）（６）食物アレルギーをお持ちですか。　　（　いいえ　・　はい〔　　　　　　　　　　　　　　　〕）（７）療育手帳または身体障害者手帳をお持ちですか。　　（　いいえ　・　はい　療育手帳〔程度　　　　〕、身体障害者手帳〔　　　　級〕）（８）発達障がいの診断を受けたことがありますか。　　（　いいえ　・　はい　診断名〔　　　　　　　　　　　　〕診断機関〔　　　　　　　　　　　　　〕（９）健康面や生活面で気になること、あらかじめ伝えておきたいことがありましたら、ご記入下さい。 |

|  |
| --- |
| **同　意　書**（宛　先）茂　原　市　長放課後児童健全育成事業（学童クラブ）を利用したいので、下記事項に同意し、申込書記載内容のとおり申込みます。記１ 利用審査と利用料決定にあたり、児童、保護者及び児童と同居する方の住民基本台帳、課税情報、各種手当等の受給状況について本市の関係機関に調査、照会すること２ 利用要件等の確認のため、必要に応じて勤務先、その他の関係先に確認すること（現地確認を含む。）**保護者氏名****保護者氏名** |