

(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( ))
生活保護の適用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 申請中	・ - - (父・母・自宅・他( ))
		・ - - (父・母・自宅・他( ))

## 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	通年	・	土曜日のみ			
児童氏名		利用希望期間	令和	年	月 日～年 月 日			
		希望順位	クラブ名					
生年月日	年 月 日	第1希望	学童クラブ					
小学校・学年 (令和8年度)	小学校	第2希望	学童クラブ					
		第3希望	学童クラブ					
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／	平成 令和	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		<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 自宅療養 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> 不存在 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 自宅療養 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 不存在 <input type="checkbox"/> その他( )
令和7年1月1日 時点の住所	<input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外	<input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外

## 3 家族の状況（利用児童・保護者以外の同居家族）

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		

裏面も記入してください。

## 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) 介助を求める事なく、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 \_\_\_\_\_