

放課後児童クラブ入室申込書

令和 年 月 日

（宛先）さいたま市長

〒 ー

申込者 住所
 （保護者）
 氏 名
 電話番号 （ ）
 携帯電話① （ ） 【父・母・（ ）】
 携帯電話② （ ） 【父・母・（ ）】

次のとおり放課後児童クラブへの入室を申し込みます。

入室を希望する児童	フリガナ氏名	
	生年月日	平成 年 月 日（ 歳）
	小学校名	小学校（第 学年） （注）学年欄は、令和4年度の学年を記入してください。
	申込者との続柄	
入室希望放課後児童クラブ		第1希望 放課後児童クラブ 第2希望 放課後児童クラブ
入室を希望する理由		
入室を希望する期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで	
過去の入室歴	有 ・ 無	
兄弟姉妹同時申込時の希望	1 同時期に全員が入室できない場合 →【 <input type="checkbox"/> ひとりでも入室する <input type="checkbox"/> 全員入室できるまで入室しない 】 2 複数の児童クラブを希望している方で、同じ児童クラブに入室できない場合 →【 <input type="checkbox"/> 別々のクラブでも入室する <input type="checkbox"/> 同じクラブに入室できるまで待つ 】	
特記事項	※生活保護適用の有無（有・無）	

※ 虚偽の内容を記載した場合は申込みが無効になります。

※この欄には記入しないでください。

1次								A・B	きょうだい（在・同）	申請入力	入室入力	勤・誓・学・診・申 介・ひ・税・（ ）
2次								C・D				
随時	入室：R まで							仮・口	受付			

父親について	状 況	同居・別居中・離婚・未婚・失踪・拘禁・調停中・裁判中・死亡・その他（ ）						
	職 業	会社員・公務員・パート・学生・その他（ ）						
	勤務先 名称		勤務先 所在地	電話番号（ ）				
	勤務時間等	(月～金) (土曜日)	時 分～ 時 分	時 分～ 時 分	自宅まで の所要時間	時間 分		
母親について	状 況	同居・別居中・離婚・未婚・失踪・拘禁・調停中・裁判中・死亡・その他（ ）						
	職 業	会社員・公務員・パート・学生・その他（ ）						
	勤務先 名称		勤務先 所在地	電話番号（ ）				
	勤務時間等	(月～金) (土曜日)	時 分～ 時 分	時 分～ 時 分	自宅まで の所要時間	時間 分		
	出 産	出産予定日	・	病 院 名				
保護者又は 家族が病気の 場合	氏名		続 柄		病名			
	病院名		入院の期間	・ ・ ・ ～ ・ ・ ・				
	入室希 望理由							
祖父母について	父	祖	氏 名	年齢	状 況			
					同居・別居・死亡・その他（ ）			
		父	住所	電 話		職業 有・無	勤務先	
	方	祖	氏 名	年齢	状 況			
					同居・別居・死亡・その他（ ）			
		母	住所	電 話		職業 有・無	勤務先	
	母	祖	氏 名	年齢	状 況			
					同居・別居・死亡・その他（ ）			
		父	住所	電 話		職業 有・無	勤務先	
	方	祖	氏 名	年齢	状 況			
					同居・別居・死亡・その他（ ）			
		母	住所	電 話		職業 有・無	勤務先	
同居の場合入室 を希望する理由								
緊 急 連絡先	氏名	続柄	電話番号	携帯電話				
	氏名	続柄	電話番号	携帯電話				

児 童 の 記 録

※当てはまるものに○印をつけてください。

※この記録は児童クラブの入室に関する事以外での利用はいたしません。

体 質	平 熱 …… (度 分)			
	風邪をひきやすい 吐きやすい 湿疹がでやすい	ひきつけをおこしやすい 便秘がち 化膿しやすい	扁桃腺がはれやすい 下痢しやすい その他 ()	喘息をおこしやすい 鼻血がでやすい
生 活 面	・衣服の着脱が1人でできる (はい・いいえ [部分的介助・全面的介助])			
	・食事が1人でできる (はい・いいえ [部分的介助・全面的介助])			
	・排泄面で失敗することがある (はい [具体的に]) ・いいえ)			
	・薬品にかぶれやすい (はい [薬品名]) ・いいえ)			
	・脱臼しやすい (はい [部位]) ・いいえ)			
	・アレルギー体質である (はい [具体的に]) ・いいえ)			
	・友達関係で心配ごとがある (はい [具体的に]) ・いいえ)			
既 往 症	はしか 風疹 その他 ()	水痘症 中耳炎	百日咳 ヘルニア	けいれん 熱性けいれん 流行性耳下腺炎(おたふく風邪) 肺炎
通 院 等 の 状 況	・現在定期的な診察や投薬を受けている …… (はい・いいえ) (場所) _____ で _____ について ・お子様の発達について心配がある …… (はい・いいえ) 具体的に _____ ・今まで言葉や発育のことで相談をしたことや指導を受けたことがある …… (はい・いいえ) (場所) _____ で _____ について ・児童発達支援センターや療育機関への通所がある …… (はい・いいえ) (場所) _____ で _____ について ・身体障害者手帳や療育手帳を持っている …… (はい・いいえ) _____ 手帳 _____ 級 ・ 総合判定 _____ ・特別支援学級等に在籍・在籍予定がある、又は検討中である …… (はい・いいえ)			
保 育 歴	・幼稚園、保育園等の集団生活の経験がある …… (はい・いいえ) _____ 幼稚園 _____ 保育園 _____ ナーサリールーム・家庭保育室 / その他 (_____) ・幼稚園、保育園等在園中に特別な配慮が必要だったことがある …… (はい・いいえ) 具体的に _____			
児 童 の 性 格 ・ 生 活 状 況 ・ そ の 他	※お子様が児童クラブで安心して生活するための記録です。集団生活でその他心配な点がありましたら、遠慮なくご記入ください。			