

児童クラブ入所申請書

※第 号

年 月 日

東松山市長 宛て

保護者氏名

次のとおり、児童クラブの入所を申請します。

入所児童	(ふ り が な) 氏名		生年月日		性別	備考		
			年 月 日			令和8年4月1日現在 第 学年		
保護者 住所・連絡先	〒							
	父携帯電話		母携帯電話		自宅電話番号			
入所を希望する 児童クラブ名	きらめきクラブ				現在左記のクラブに 入所中の場合は <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
保育の実施を 希望する期間	年 月 日 から			<input type="checkbox"/> 年 月 日まで				
				<input type="checkbox"/> 年度末まで				
保育の実施を 必要とする理由	続柄	必要とする理由						
	父	<input type="checkbox"/> 労働	<input type="checkbox"/> 疾病・障害	<input type="checkbox"/> 介護等	<input type="checkbox"/> 求職活動			()
		<input type="checkbox"/> 就学	<input type="checkbox"/> 職業訓練	<input type="checkbox"/> 災害復旧	<input type="checkbox"/> その他 ()			
母	<input type="checkbox"/> 労働	<input type="checkbox"/> 疾病・障害	<input type="checkbox"/> 介護等	<input type="checkbox"/> 求職活動	<input type="checkbox"/> 妊娠出産	()		
	<input type="checkbox"/> 就学	<input type="checkbox"/> 職業訓練	<input type="checkbox"/> 災害復旧	<input type="checkbox"/> その他 ()				

○本人を除く世帯の状況（世帯分離をしている同居者含む）

児 童 の 世 帯 員	(ふ り が な) 氏名	入所児童 との続柄	生年月日	職業・学校等・ 保育園名等	備 考
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		

同意書 兼 誓約書

- 申請児童及びその保護者等に係る個人情報について、以下の目的のために必要最小限の範囲において使用することに同意します。
 - 家庭状況及び就労状況の確認のため、児童クラブ入所申請書や就労証明書等を入所予定の放課後児童クラブに共有すること。
 - 小学校と円滑な連携が図れるよう、保育課及び入所予定の放課後児童クラブと通学する小学校との間で情報を共有すること。
 - 緊急時において、病院その他関係機関に対して必要な情報提供を行うこと。
- 保育料減免対象の確認のために必要な私の市町村民税額の情報について市が閲覧することに同意します。
- 入所中は、施設の規定を守り、保育料は責任を持って期日までに納付することを誓います。

【同意者欄】

保護者署名（父）

保護者署名（母）

※同意者欄は「自署による署名」又は「記名による氏名の記載及び押印」のいずれかをお願いします。

家庭状況調査票

児童氏名

①保護者の状況（該当する項目に☑や内容を記入してください）

父の状況 (いずれか1つに☑)	<input type="checkbox"/> 就 労 ※育児復帰含む	<input type="checkbox"/> 勤務中 <input type="checkbox"/> 採用予定	<input type="checkbox"/> 被雇用 <input type="checkbox"/> 自営業 (□居宅内／□居宅外) <input type="checkbox"/> 単身赴任 (勤務地:) 通勤状況: 片道 () 時間 () 分 通勤手段: ()
	<input type="checkbox"/> 求職活動	<input type="checkbox"/> 求職活動中 <input type="checkbox"/> これから活動予定 () 年 () 月から	
	<input type="checkbox"/> 疾病障害	病名、障害名: () 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神 (等級 級)	
	<input type="checkbox"/> 看護介護	被看護、被介護者氏名: () 病名、障害名: ()	
	<input type="checkbox"/> 就 学	期間: () 年 () 月から () 年 () 月まで	
	<input type="checkbox"/> 災害復旧	内容: ()	
	<input type="checkbox"/> 不 在	<input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> その他 ()	
母の状況 (いずれか1つに☑)	<input type="checkbox"/> 就 労 ※育児復帰含む	<input type="checkbox"/> 勤務中 <input type="checkbox"/> 採用予定	<input type="checkbox"/> 被雇用 <input type="checkbox"/> 自営業 (□居宅内／□居宅外) <input type="checkbox"/> 単身赴任 (勤務地:) 通勤状況: 片道 () 時間 () 分 通勤手段: ()
	<input type="checkbox"/> 求職活動	<input type="checkbox"/> 求職活動中 <input type="checkbox"/> これから活動予定 () 年 () 月から	
	<input type="checkbox"/> 妊娠出産	出産予定日: () 年 () 月 () 日	
	<input type="checkbox"/> 疾病障害	病名、障害名: () 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神 (等級 級)	
	<input type="checkbox"/> 看護介護	被看護、被介護者氏名: () 病名、障害名: ()	
	<input type="checkbox"/> 就 学	期間: () 年 () 月から () 年 () 月まで	
	<input type="checkbox"/> 災害復旧	内容: ()	
<input type="checkbox"/> 不 在	<input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> その他 ()		

②ひとり親世帯等の状況（該当する方は☑をしてください。）

※提出書類に漏れがある場合、選考における調整点等が付かないことがあります。

現在の状況	提出が必要な証明書類
<input type="checkbox"/> ひとり親世帯	児童扶養手当受給者証の写し、戸籍謄本等
<input type="checkbox"/> 離婚調停手続き中	離婚調停（裁判）を証明する書類の写し
<input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯	受給証の写し
<input type="checkbox"/> 父又は母が医療受給者証を所持	指定難病等医療受給者証又は特定疾患医療受給者証の写し
<input type="checkbox"/> 申請児童（同居者含む）が障害者手帳を所持	障害者手帳の写し

③祖父母の状況（該当する項目に☑や内容を記入してください）

※同居の64歳（R8. 4. 1時点）以下の祖父母は保育を必要とする証明書類を提出してください。（R8. 4. 1時点の年齢）

父方	祖父	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 死去 <input type="checkbox"/> 不明	氏名		住所		年齢		就労	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	祖母	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 死去 <input type="checkbox"/> 不明	氏名		住所		年齢		就労	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
母方	祖父	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 死去 <input type="checkbox"/> 不明	氏名		住所		年齢		就労	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	祖母	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 死去 <input type="checkbox"/> 不明	氏名		住所		年齢		就労	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

④児童の健康状況（該当する項目に☑や内容を記入してください）

健康状況	発達や慢性的な病気のことで相談している病院や施設がありますか。	
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	有の場合 病院・施設名: () 病名: ()
	アレルギー等がありますか	
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	有の場合 除去食: () 症状: ()