

令和〇年〇月〇日

放課後児童クラブ利用申込書

長南町長 様

保護者(納付書等送付先)

家計の主たる生計者を記入下さい
(今後の通知は記入された宛名で
送付されます) 日中つながりやすい
番号を記入してください。

住所 長南町長南 〇〇〇〇
氏名 長南 太郎
電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

放課後児童クラブを利用したいので、長南町放課後児童クラブ運営要領第5条第1項の規定により、次のとおり申し込みます。

(4月1日現在の状況を記入してください)

(ふりがな) 児童氏名	性別	生年月日	年齢	学校名	学年
(ちょうなん じろう) 長南 二郎	男・女	平成〇年4月2生	〇歳	長南小学校	〇年
利用希望内容	区分 (いずれかに☑)	<input checked="" type="checkbox"/> 通年利用	<input type="checkbox"/> 長期休業のみ利用 ※春・夏・冬期休業のみ	<input type="checkbox"/> 一時預かり ※月7日以内	
	期間	令和〇年4月1日 ~ 令和〇年3月31日			
	時間	学校開設日 (平日)	終業時間から 〇時 〇分まで		
		学校開設日以外 (長期休業日等)	〇時 〇分から 〇時 〇分まで ※開設時間は、7時30分から18時30分です		

新学年を
記入して
ください。

続柄	申込理由
父	<input checked="" type="checkbox"/> (1) 就業、看護等により保護者が昼間不在のため <input type="checkbox"/> (2) 保護者が家庭内で看護又は介護、若しくは保護者が自宅療養中のため <input type="checkbox"/> (3) 緊急又は一時的に家庭での保育が困難なため
母	<input checked="" type="checkbox"/> (1) 就業、看護等により保護者が昼間不在のため <input type="checkbox"/> (2) 保護者が家庭内で看護又は介護、若しくは保護者が自宅療養中のため <input type="checkbox"/> (3) 緊急又は一時的に家庭での保育が困難なため

※(1)、(2)の場合は、内容のわかるものを添付してください。

裏面にも記入してください。

家族の状況(申込み児童を含む)				
(ふりがな) 氏名	年齢	続柄	勤務先又は学年 (電話番号)	その他特殊事情がある場合 ※病気療養中などの場合は詳細な内容
(ちょうなん たろう) 長南 太郎	40歳	父	長南建設(株) (Tel:0475-46-0000)	
(ちょうなん はなこ) 長南 花子	40歳	母	長南商事(株) (Tel:0475-46-xxxx)	
(ちょうなん いちろう) 長南 一郎	13歳	兄	長南中 2年 (Tel:)	
(ちょうなん じろう) 長南 二郎	7歳	本人	長南小 1年 (Tel:)	
(ちょうなん さき) 長南 咲	5歳	妹	長南保育所 年長 (Tel:)	
兄弟姉妹の同時利用		<input type="checkbox"/> 該当あり ・ <input checked="" type="checkbox"/> 該当なし		
母子・父子家庭		<input type="checkbox"/> 該当あり ・ <input checked="" type="checkbox"/> 該当なし		

緊急連絡先・児童を引き渡す順位				
優先順位	氏名	続柄	緊急連絡先	緊急連絡先電話番号
1	長南 花子	母	<input type="checkbox"/> 会社 <input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> その他()	000-0000-0000
2	長南 太郎	父	<input type="checkbox"/> 会社 <input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> その他()	000-0000-0000
3			<input type="checkbox"/> 会社 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> その他()	
4			<input type="checkbox"/> 会社 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> その他()	

※ 最低1名以上ご記入ください。

学童の健康状況等	
平熱	36.3 度 血液型 A 型
※かかりつけの病院名 及び 住所	
医療機関名	長南内科
住所	長南町長南xxxxx 連絡先 0475-46-xxxxx

特記事項
※アレルギー、持病等児童の健康・生活面で気になる点や留意事項がありましたら、ご記入ください。
卵アレルギーあり