

児童クラブ入会申込書

※裏面の『記入例』を参考に
記入してください

新規 ・ 継続
令和6年度利用者↑

	長門市長 様 〔 〕 児童クラブ に入会させたいので申し込みます。 なお、保護者負担金算出等のため、私の世帯の課税状況及び、提出書類の内容について書類作成機関に直接確認調査されることに同意します。	令和 年 月 日
年 月 日受付		

申請者(保護者) ※継続利用の方は昨年と同じ保護者名をご記入ください ※緊急の場合は第1連絡先にご連絡します。					
住 所	長門市 (行政区:)	第 1 連絡先	父・母・自宅・勤務先(父・母)・その他()		
ふりがな		第 2 連絡先	父・母・自宅・勤務先(父・母)・その他()		
氏 名		第 3 連絡先	父・母・自宅・勤務先(父・母)・その他()		
生年月日 (和暦)	年 月 日				
入会を希望する児童 ※有、無に○印を、「有」の場合は具体的な状況を記入してください (来年度の学年を記入)					
ふりがな		性 別	☐ 男 ☐ 女	学 校	小学校(年生) ※令和7年4月1日時点
氏 名					
生年月日 (和暦)	年 月 日 (※令和7年4月1日時点 歳)	平均体温	℃	かかりつけ医	
児 童 の 健 康 状 態	食物アレルギー 《有・無》	内容 (物質等)			
		処方薬	☐ なし ☐ 内服薬 ☐ エピペン	おやつ	☐ 持参する⇒おやつ代(1,000円)はかかりません ※アレルギーの児童のみ ☐ 児童クラブのおやつを食べる ※エピペン対象者不可 ※アレルギー症状が軽微等の理由でアレルギー物質入りのおやつも食べられる場合
	健康状況(既往症等)や集団生活上で注意・配慮を要すること 《有・無》	内容			
	療育支援施設の利用 《有・無》	処方薬	☐ なし ☐ あり ⇒ (薬名) ⇒ 児童クラブでの処方《有・無》		
	施設名()	添付書類	☐ なし ☐ 処方箋 ☐ その他() ☐ 医師の診断書 ☐ 特別支援学級の在籍証明書 ☐ 障害者手帳		

入会を希望する期間・理由	
入 会 希 望 期 間	希望する期間の☑欄にチェックを付けてください。(特定期間の場合は希望期間を記入してください。) ☐ 通年利用(当初) 令和 7 年 4 月 1 日 から 令和 8 年 3 月 31 日 まで ☐ 通年利用(途中) 令和 年 月 日 から 令和 8 年 3 月 31 日 まで ☐ 特定期間 令和 年 月 日 から 年 月 日 まで ☐ 長期休暇のみ 【 ☐ 春季休暇 ☐ 夏季休暇 ☐ 冬季休暇 】
申 込 み 理 由	該当する項目の☑欄にチェックを付けてください。 ☐ 保護者などが共働きなどにより、昼間家庭にいない。 ☐ 保護者などが長期療養中のため、昼間子どもの世話をする人がいない。 ☐ 自営業等で昼間留守がちで、子どもの世話をする人がいない。 ☐ その他 (理由:)

家族の状況 (入会児童除く) ※同一敷地内の親族(世帯分離含む)も記入 ※続柄: 入会児童から見たもの ※年齢・学校名・学年: 令和7年4月1日時点				
続 柄	氏 名	年 齢	勤務先 (児童・生徒は学校名・学年)	帰宅予定時間

※記入欄がたりない場合は、1行に複数人ご記入ください

※処理区分欄 (市記載欄)

4月～5月分	☐ 市民税課税世帯	☐ 市民税非課税世帯	☐ 生活保護世帯	(保護者負担金 円)
6月分以降	☐ 市民税課税世帯	☐ 市民税非課税世帯	☐ 生活保護世帯	(保護者負担金 円)

長門市長様
〔 深川 〕児童クラブ に入会させたいので申し込みます。

令和6年11月6日

年 月 日受付

なお、保護者負担金算出等のため、私の世帯の課税状況及び、提出書類の内容について書類作成機関に直接確認調査されることに同意します。

申請者(保護者) ※継続利用の方は昨年と同じ保護者名をご記入ください ※緊急の場合は第1連絡先にご連絡します。

住 所	長門市 東深川1339番地2 (行政区:正明市2区)	第1 連絡先	父(母) 自宅・勤務先(父・母)・その他() 080 - 1234 - ****
ふりがな	ながと たろう	第2 連絡先	父・母・自宅・勤務先(父・母)・その他() 090 - 1234 - ****
氏 名	長 門 太 郎	第3 連絡先	父・母・自宅(勤務先(父・母)・その他()
生年月日 (和暦)	昭和60年4月3日		0837 - 22 - 2111

入会を希望する児童 ※有、無に○印を、「有」の場合は具体的な状況を記入してください (来年度の学年を記入)

ふりがな	ながと いちろう	性 別	☒ 男 ☐ 女	学 校	深川 小学校(2年生) ※令和5年4月1日時点
氏 名	長 門 一 郎				
生年月日 (和暦)	平成28年4月11日 (※令和6年4月1日時点 7 歳)	平均体温	36.8 ℃	かかりつけ医	〇〇病院

児 童 の 健 康 状 態

食物 アレルギー (有・無) ○ 無	内容 (物質等)	卵、牛乳、アーモンド			
処方薬	☐ なし ☒ 内服薬 ☒ エピペン	おやつ	☒ 持参する⇒おやつ代(1,000円)はかかりません ※アレルギーの児童のみ ☐ 児童クラブのおやつを食べる ※エビペン対象者不可 ※アレルギー症状が軽微等の理由でアレルギー物質入りのおやつも食べられる場合		
健康状況(既往症等)や集団生活上で注意・配慮を要すること (有・無) ○ 無	内容	感情コントロールが苦手、喘息、花粉症(稲)			
療育支援施設の利用 (有・無) ○ 無	処方薬	☒ なし ☐ あり ⇒ (薬名) ⇒ 児童クラブでの処方《有・無》			
施設名(きらり)	添付書類	☐ なし ☐ 処方箋 ☐ その他() ☒ 医師の診断書 ☐ 特別支援学級の在籍証明書 ☐ 障害者手帳			

入会を希望する期間・理由

入 会 希 望 期 間

希望する期間の☑欄にチェックを付けてください。(特定期間の場合は希望期間を記入してください。)

☒ 通年利用(当初) 令和7年4月1日から 令和8年3月31日まで
☐ 通年利用(途中) 令和 年 月 日から 令和8年3月31日まで
☐ 特定期間 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
☐ 長期休暇のみ 【 ☐ 春季休暇 ☐ 夏季休暇 ☐ 冬季休暇 】

申 込 み 理 由

該当する項目の☑欄にチェックを付けてください。

☒ 保護者などが共働きなどにより、昼間家庭にいない。
☐ 保護者などが長期療養中のため、昼間子どもの世話をする人がいない。
☐ 自営業等で昼間留守がちで、子どもの世話をする人がいない。
☐ その他(理由:)

家族の状況 (入会児童除く) ※同一敷地内の親族(世帯分離含む)も記入 ※続柄:入会児童からみたもの ※年齢・学校名・学年:令和7年4月1日時点

続 柄	氏 名	年 齢	勤務先 (児童・生徒は学校名・学年)	帰宅予定時間
父	長門 太郎	38	長門市役所	18:30
母	長門 花子	35	〇〇〇〇株式会社	18:00
兄	長門 次郎	18	高校卒業後就職予定	-
弟	長門 三郎	4	みのり保育園 年中クラス	18:00
祖母	長門 ハナコ	66	居宅	-

※記入欄がたりない場合は、1行に複数人ご記入ください

※処理区分欄(市記載欄)

4月~5月分	☐ 市民税課税世帯 ☐ 市民税非課税世帯 ☐ 生活保護世帯 (保護者負担金 円)
6月分以降	☐ 市民税課税世帯 ☐ 市民税非課税世帯 ☐ 生活保護世帯 (保護者負担金 円)