別　記

様式第２号（第10条関係）

放課後児童健全育成事業利用申請書及び児童票（新規・継続）

年　　　月　　　日

白子町長　様

申請者　住　　所：

（保護者）氏　　名：　　　　　　　　　　　　　印

電話番号：

学童クラブの利用について次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | |  | | | | 性別 | ふりがな | |  | | | | 続柄 | |
| 児童名 | |  | | | | 男・女 | 保護者名 | |  | | | |  | |
| 生年月日 | | 年　　　月　　　日 | | | | | 電話番号 | | 自　　　　　宅　　　（　　　） | | | | | |
| 現住所 | | 〒 | | | | | 第１緊急連絡先　　　（　　　） | | | | | |
| 第２緊急連絡先　　　（　　　） | | | | | |
| 小学校名 | | 小学校 | | | | | 学　年 | | 学年 | | | | | |
| 学童クラブ名 | | クラブ | | | | | 入　所 | | 年　　　月　　　日 | | | | | |
| 退　所 | | 年　　　月　　　日 | | | | | |
| 土曜日の利用 | | 有　　・　　無 | | | | | 長期休業時の利用 | | 有　　・　　無 | | | | | |
| 入所理由 | | １．保護者就労　　２．保護者疾病　　３．看護・介護等　　４．その他（　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 送迎者名 | | １．　　　　　　　　　　続柄（　　　　）　　連絡先　　　　　（　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| ２．　　　　　　　　　　続柄（　　　　）　　連絡先　　　　　（　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| ３．　　　　　　　　　　続柄（　　　　）　　連絡先　　　　　（　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 家族・同居人等 | 氏　名 | | | 続柄 | 生年月日 | | 勤務先 | | | 勤務先電話番号 | | 健康 | | 住民票 |
|  | | | 父 |  | |  | | |  | |  | | 同・別 |
|  | | | 母 |  | |  | | |  | |  | | 同・別 |
|  | | |  |  | |  | | |  | |  | | 同・別 |
|  | | |  |  | |  | | |  | |  | | 同・別 |
|  | | |  |  | |  | | |  | |  | | 同・別 |
|  | | |  |  | |  | | |  | |  | | 同・別 |
| 健康保険証の名称 | | | 記号　　　　　　　　番号 | | | | | | | | | | | |
| かかりつけの医院名 | | |  | | | | | 電話番号 | | |  | | | |
| **◎お子さんの健康状況について**  **〔平　熱〕**　　　　　℃  **〔既往歴〕**  ・罹患したことのある感染症に○をつけてください。  麻疹・水痘・おたふく・風疹・百日咳・突発性発疹・Ｂ型肝炎（キャリアー・キャリアーでない）  **〔その他の病気について〕**  　・熱性けいれん：初回（　　　）歳　　以後（　　　）回　　最終（　　　）年（　　　）月  発熱時、抗けいれん剤の使用（あり・なし）  　・喘息（喘息様気管支炎）：テオドールなどを継続的に飲んで（いる・いない）  自宅で吸入して（いる・いない）  ・その他、具体的に記入してください。  　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  **◎アレルギーについて**  **〔食物アレルギーの有無について〕**（ある・ない）  ・食物アレルギーのあるお子さんは、品目とアレルギー反応を起こした時の状態について具体的に記入してください。  ・その品目について、食事制限をして（いる・いない）  **◎その他**  日常生活で、気がかりなこと等がありましたらご記入ください。  **※食物アレルギー、喘息等の持病がある場合は、改めて保護者との面談を行いますのでご協力をお願いいたします。** | | | | | | | | | | | | | | |

　添付書類　１．保護者の就労証明書

　　　　　　２．健康保険証の写し（児童が記載されたもの）

　　　　　　３．申立書（保護者の疾病、看護・介護等の場合）

放課後児童健全育成事業の申請にあたり、白子町が必要な個人情報を取得することについて同意します。

年　　　月　　　日

　　　　　　　保護者名