

## 令和 2 年 度 学 童 ク ラ ブ 入 所 承 認 申 請 書

令和 年 月 日

福生市長 宛て



申請者	住所	福生市		
	保護者氏名			
	電話番号	連絡先 1	自宅・父携帯・母携帯・他 ( )	
		連絡先 2	自宅・父携帯・母携帯・他 ( )	

※連絡先1と連絡先2の両方を記入してください。

学童クラブへの入所について、次のとおり申請します。

申請児童氏名	フリガナ	生 年 月 日	令和2年4月1日現在の小学校・学年	
		男・女	福生第( )小学校( )年 <input type="checkbox"/> 就学相談中 <input type="checkbox"/> 通級 <input type="checkbox"/> 特別支援固定級 (市外)【 】小学校	
入所希望クラブ	第1希望	申請時点での 学童クラブ通所状況	<input type="checkbox"/> 新規  <input type="checkbox"/> 現在通所中 ( ) クラブ	
	クラブ			出身保育園・幼稚園
	第2希望			<input type="checkbox"/> 保育園 <input type="checkbox"/> 幼稚園
	クラブ			

入所希望期間 令和 2 年 月 1 日 ~ 令和 年 月 末日

家族状況(同居している家族全員)	フリガナ氏名	児童との続柄	生年月日	放課後家庭で育成できない理由(申請時点)/ 学校(学年)及び学童クラブ入所状況(申請時点)
	保護者			H ・ S
			H ・ S	<input type="checkbox"/> 外勤 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 疾病・負傷 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 通学・職業訓練
兄弟姉妹等			R ・ H ・ S	学校( ) 学年( ) (学童クラブ名: )
			R ・ H ・ S	学校( ) 学年( ) (学童クラブ名: )
			R ・ H ・ S	学校( ) 学年( ) (学童クラブ名: )
その他の親族			R ・ H ・ S	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> その他( )
			R ・ H ・ S	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> その他( )
			R ・ H ・ S	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> その他( )
			R ・ H ・ S	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> その他( )

## 同意事項

- 学童クラブ入所のしおりの内容及び次の記載内容に同意します。
- 申請の内容が事実と異なる場合、入所決定を取り消すことがあること。
  - 子どもの健やかな成長及び学童クラブの適切な運営のため、必要な個人情報の収集又は目的外利用若しくは外部提供をすること。
  - 勤務証明書等の証明類の記入漏れや内容について、担当者が証明者等に確認又は照会をすること。
  - 入所承認申請内容に変更が生じた場合又は入所承認申請を取り下げる場合には、その旨の書類を市へ提出すること。
  - 育成料等を必ず納期限までに納付すること。

署名欄

▽入所申請児童について、該当する項目にチェック又は記入をお願いします。

健康状態	健康状態について教えてください。 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 病気がある、又は過去に大きな病気をしたことがある。 【病名： <input type="text"/> 】		
アレルギー疾患	①アレルギーはありますか。 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（食物・花粉・ハウスダスト・ぜん息・アトピー性皮膚炎等）		
	②アナフィラキシーの既往歴はありますか。 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
	③エピペンは処方されていますか。 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
	④アレルゲン（アレルギーを引き起こす物質）は何ですか。具体的に記入してください。 （ <input type="text"/> ）		
	⑤アレルゲンに触れた（食べた）とき、どのような症状が出ますか。 （ <input type="text"/> ）		
	⑥おやつで食べられないものはありますか（卵、牛乳、小麦等）。 （ <input type="text"/> ）		
障害	①知的障害や発達障害の診断を受けたことがある（疑いを含む。）。 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 （ <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 自閉スペクトラム症（アスペルガー障害／自閉性障害） <input type="checkbox"/> 限局性学習症（学習障害LD） <input type="checkbox"/> 注意欠陥・多動症（注意欠陥・多動性障害ADHD） <input type="checkbox"/> 広汎性発達障害 ）		
	②身体障害者手帳を持っている。 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="text"/> ）級		
	③愛の手帳（療育手帳）を持っている。 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="text"/> ）度		
	④精神障害者保健福祉手帳を持っている。 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="text"/> ）級		
	⑤お子さんの状況について、気になる点がございましたら具体的に記入してください。 <input type="text"/>		
発達	保育園・幼稚園等での生活や、就学時健康診断・その他健診（3歳児健康診査等）を通して、お子さんの病気や言葉、発達について相談している専門機関や病院はありますか。 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 保健センター <input type="checkbox"/> 子ども家庭支援センター <input type="checkbox"/> 教育相談室 <input type="checkbox"/> 児童相談所 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> その他） 「有」とお答えの方は、相談された内容を差し支えない範囲で記入してください。 <input type="text"/>		
心身の状況	言語	<input type="checkbox"/> 普通に話せる。 <input type="checkbox"/> どうにか話せる。 <input type="checkbox"/> 単語程度で意思疎通ができる。 <input type="checkbox"/> 片言、身振りで話せる。 <input type="checkbox"/> 話せないが、相手の言うことは分かる。 <input type="checkbox"/> 話せず、相手の言うことも分からない。	
	遊び	<input type="checkbox"/> 誰とでも遊ぶ。 <input type="checkbox"/> 遊ぶが取り残されがちである。 <input type="checkbox"/> 親（兄弟姉妹）としか遊ばない。 <input type="checkbox"/> ひとりで遊ぶ。 <input type="checkbox"/> 落ち着きがなく、絶えず動き回る。 <input type="checkbox"/> 同じことの繰り返しをする。 <input type="checkbox"/> 激しい運動ができない。	
	食事	<input type="checkbox"/> 箸で食べる。 <input type="checkbox"/> スプーンで食べる。 <input type="checkbox"/> 手づかみで食べる。 <input type="checkbox"/> 自分で食べられない。	
	着脱衣	<input type="checkbox"/> 全て自分でできる。 <input type="checkbox"/> 簡単なものは自分でできる。 <input type="checkbox"/> 自分でできない。	
	排せつ	<input type="checkbox"/> 全て自分でできる。 <input type="checkbox"/> 自分でできるが、助けが必要な時もある。 <input type="checkbox"/> 自分でできないが、知らせる。 <input type="checkbox"/> 自分でできず、知らせることもできない。	