

常総市児童クラブ利用（新規・継続）申込書

提出日を記入

令和〇年〇月〇日

常総市長 殿

保護者 〒000-0000

住所 常総市水海道諏訪町3222-3

氏名 常総 一太 印

次の児童について、児童クラブを利用（新規・継続）したいので、申し込みます。
 なお、この申込みに係る審査に際し、その必要な範囲内において、保護者の就労等の状況、家族の構成その他の市が保有する当該児童に関する情報を利用することについて、同意します。

フリガナ	ジョウソウ 一太		性別	男	学年	平成〇年〇月〇日
児童氏名	常総 一郎		性別	女	学年	平成〇年〇月〇日
希望する児童クラブ	〇〇児童クラブ	学年	4年	小学校	〇〇小学校	
希望する期間	令和〇年〇月〇日～ 令和〇年〇月〇日 <small>※1年単位の申請になりますので、期間は申請年度の3月31日までです。</small>					
利用日 <small>(該当する箇所を○で囲んでください。)</small>	授業日	学校休業日	1. (土曜日) 水海道小児童クラブ 石下小児童クラブ 授業日に利用する児童クラブ 2. 夏休み・冬休み・春休み・振替休日 3. 利用しない			

児童の迎え
 児童クラブの利用終了時における児童の迎えは、保護者の責任において行うものとし、その途上において事故が生じてても市に対して賠償を求めません。保護者が依頼する家族その他の代理者による迎えの場合も同様とし、これを誓約します。
(同じ小学校に通う兄弟が下校時に迎え行くことも可能。)

保護者氏名 常総 太郎 印

氏名	児童との関係	電話番号
常総 石太郎	同居祖父	222-2222-2222
常総 石	同居祖母	333-3333-3333

- ①父母以外で迎えに来る方を記入して下さい。
 ※同居中でも父母以外の方は記入して下さい。
 ②利用児童の送迎については、中学生以上の方に限ります。但し、利用児童より下校時間が遅くなる小学生の兄弟の通学班と一緒に帰る場合の兄弟の迎えは認めます。

- 問1 児童クラブにお子様は
 1. 1人(申請児童本人)
 2. 2人(2人目 学年: 氏名:)
 3. 3人以上(2人目 学年:3年 氏名:常総二郎)
 (3人目 学年:2年 氏名:常総三郎)

- 問2 児童クラブ申請児童は、令和〇年度の『①ふれあいスクール(放課後子供教室)』又は、『②常総ほっとサタデー教室』に登録して保険料を支払済ですか。
 1. ふれあいスクール登録済のため支払済 2. ほっとサタデー登録済のため支払済
 3. 未登録のため支払していない
 ※上記①又は②事業にて保険料を支払済の方は、保険料の負担の必要はありません。

- 問3 問2で『1. ふれあいスクール登録済のため支払済』に○囲いした方のみ回答してください。ふれあいスクール終了後児童クラブを利用しますか。
 1. 利用する 2. 利用しない

保護者の状況	父		母		
	氏名 (生年月日)	常総市 一太 (昭和〇年〇月〇日〇歳)		常総市 花子 (平成〇年〇月〇日)	
	勤務先名	(株)常総		(株)鬼怒	
	勤務先電話番号	0000-00-0000		0000-00-1111	
	勤務時間	8時00分～19時00分		8時00分～17時30分	
	帰宅時間	20時00分		18時00分	
	携帯電話番号	000-0000-0000		111-1111-1111	
同居家族構成欄(父母・祖父母除く)	氏名	続柄	勤務先・学校名等	携帯電話番号	勤務等時間
	常総 二郎 (平成〇年〇月〇日生〇歳)	弟	〇〇小学校 3年		時 分から 時 分まで
	常総 三郎 (平成〇年〇月〇日生〇歳)	弟	〇〇小学校 2年		時 分から 時 分まで
	常総 二太 (昭和〇年〇月〇日生〇歳)	叔父	〇〇工業	999-9999-9999	7時00分から 17時00分まで
	(年 月 日生 歳)				時 分から 時 分まで
祖父母の状況	父方	祖父 常総 石太郎 (昭和〇年〇月〇日生〇歳)	勤務先名 (株)石下	勤務時間 8時40分～17時40分まで	健康状態 (良)・悪(病名)
		携帯電話 222-2222-2222			
		祖母 常総 石子 (昭和〇年〇月〇日生〇歳)	勤務先名 (株)水海道	勤務時間 8時30分～18時00分まで	健康状態 (良)・悪(病名)
		携帯電話 333-3333-3333			
		住所 常総市水海道諏訪町3222-3	自宅電話 0123-45-6789		
	母方	祖父 水石 水太 (昭和〇年〇月〇日生〇歳)	勤務先名 無職	勤務時間 時 分～ 時 分まで	健康状態 (良)・悪(病名)
		携帯電話 444-4444-4444			
		祖母 死亡 (年 月 日生 歳)	勤務先名	勤務時間 時 分～ 時 分まで	健康状態 良・悪(病名)
		携帯電話			
		住所 高知県〇〇町〇〇〇	自宅電話 9876-54-3210		
児童の状況	利用していた教育・保育施設	〇〇保育所	かかりつけの病院	病院名 : 〇〇病院 電話番号 : 〇〇-〇〇〇〇	
	・アレルギー ・既往症 ・持病 等	無し・(有) ※有の場合は、具体的な内容を詳細に記入して下さい。 (エビ・カニアレルギー)			
	・日常的な医療行為 ・特別な配慮の必要性	無し・(有) ※有の場合は、具体的な内容を詳細に記入して下さい。 手帳の有無 (無し・有り)			

実際の勤務時間を記入して下さい