

※児童番号

様式第1号（第5条関係）

稲敷市放課後児童クラブ入所申込書

年 月 日

稲敷市長 様

申請者 住 所
 (保護者) 氏 名
 電話番号

稲敷市放課後児童クラブに入所したいので、次のとおり申請します。なお、審査にあたり、稲敷市が保有する個人情報をご覧することに同意します。

児童クラブ名	地区児童クラブ		土曜日の利用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
ふりがな			学校名・学年 (年 月時点)	小学校 年生	
児童氏名					
生年月日	年	月	日	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
障害者手帳の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	有の場合 手帳の種類・等級		<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (等級) <input type="checkbox"/> 療育手帳 (等級)	
入所希望期間	年 月 日 ~		年 月 日	<input type="checkbox"/> 通年 <input type="checkbox"/> 長期休	
家族構成	続柄	氏名	生年月日 (年齢)	申込理由	
	父		年 月 日 (歳)	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 傷病 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 求職 <input type="checkbox"/> 災害	
	母		年 月 日 (歳)	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 傷病 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 求職 <input type="checkbox"/> 災害 <input type="checkbox"/> 出産	
	父方	祖父		年 月 日 (歳)	<input type="checkbox"/> 6 5 歳以上 <input type="checkbox"/> 学区外に居住 <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 傷病 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 求職 <input type="checkbox"/> 災害
		祖母		年 月 日 (歳)	<input type="checkbox"/> 6 5 歳以上 <input type="checkbox"/> 学区外に居住 <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 傷病 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 求職 <input type="checkbox"/> 災害
	母方	祖父		年 月 日 (歳)	<input type="checkbox"/> 6 5 歳以上 <input type="checkbox"/> 学区外に居住 <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 傷病 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 求職 <input type="checkbox"/> 災害
		祖母		年 月 日 (歳)	<input type="checkbox"/> 6 5 歳以上 <input type="checkbox"/> 学区外に居住 <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 傷病 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 求職 <input type="checkbox"/> 災害
	兄弟姉妹の利用申込	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	有の場合 児童氏名		

※以下は記入しないでください。

市記入欄	区分	多子減免	口座登録	備考	受付No.
	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続	<input type="checkbox"/> 該 当 <input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		