

記載例

※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

令和 6年 6月 3日

稲敷市長 様

申請者 住 所 稲敷市犬塚1570-1
(保護者) 氏 名 稲敷 親太郎
電話番号 090-0000-0000

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閲覧することに同意します。

児童クラブ名	江戸崎 地区児童クラブ	土曜日の利用	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
ふりがな	いなしき こじろう	学校名・学年 (令和6年4月時点)	江戸崎 小学校 1 年生		
児童氏名	稲敷 子次郎				
生年月日	平成 29年 4月 10日	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
障害者手帳の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 療育手帳(等級 C)		
入所希望期間	令和 6年 7月 21日 ~ 令和 6年 8月 31日 <input type="checkbox"/> 通年 <input checked="" type="checkbox"/> 長期休				
家族構成	続柄	氏名	生年月日(年齢)	申込理由	
	父	稲敷 親太郎	昭和60年 5月 1日 (38歳)	<input checked="" 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	稲敷 親美	昭和62年 6月 1日 (36歳)	<input checked="" 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	稲敷 太郎	昭和32年 7月 1日 (66歳)	<input checked="" type="checkbox"/> 65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	稲敷 花子	昭和36年 8月 1日 (62歳)	<input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 学区外に居住 <input checked="" 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	江戸崎 一郎	昭和31年 9月 1日 (67歳)	<input type="checkbox"/> 65歳以上 <input checked="" 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		江戸崎 稲子	昭和35年 10月 1日 (63歳)	<input type="checkbox"/> 65歳以上 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 有	有の場合 児童氏名	稲敷 子太郎		

※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		