

学童教室トヨサキキャンパス 利用申込書 兼 児童台帳

提出日 令和 年 月 日 (保護者氏名)

施設長 高野 晃一 殿

印

氏名		性別	生年月日	年齢
		男 女	H・R 年 月 日生	歳
小学校名				
住所	〒			
父連絡先		母連絡先		

※顔写真を添付してください

①世帯の状況 ※本人も含めた世帯状況をご記入下さい

区分	氏名	続柄	生年月日	性別	勤務先・学校名
子供の世帯員	保護者 フリガナ		年 月 日	男・女	
	保護者の配偶者 フリガナ		年 月 日	男・女	
			年 月 日	男・女	
			年 月 日	男・女	
			年 月 日	男・女	
			年 月 日	男・女	
			年 月 日	男・女	

②利用を希望する期間 ※1年ごとの更新となります

利用希望期間	令和 4 年4月1日 から 令和 5 年3月31日まで
--------	-----------------------------

③当施設以外の学童教室等への申込み

あり ・ なし

※ありの場合⇒他施設が決まった場合、当施設の利用を辞退しますか

(辞退する ・ 他施設を辞退する)

※虚偽の申告をした場合、利用取消しとなる場合がございます。

※各市町村へ利用・申込状況の報告を行う為、確認を行う場合があります。

※消せるタイプのボールペンは使用しないでください

④施設の利用を必要とする理由

施設の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由	
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 <input type="checkbox"/> 障害者（児）のいる世帯 <input type="checkbox"/> 左記以外		
手帳情報 (対象者のみ)	1.児童扶養手当証書番号（ ） ※申請中の場合その旨記載してください		
	2.身障・療育・精神手帳番号（ ） 3.特別児童扶養手当証書番号（ ）		
現在の健康状態 (先天性疾患・入院歴等)	1.問題なし 2.問題あり(症状・病名・アレルギーなど) ()		
希望する利用時間	利用曜日		利用時間
	月・火・水・木・金・土		学校下校時間から 時まで
かかりつけ病院名			
緊急時の搬送先 (病院名)			
保険の種類（ ） 保険者番号（ ） 記号番号（ ）			
その他・要望など			
長所		短所	

保護者記入ここまで

施設側記載欄

入 所 申 込 承 諾			
利用の可否		要 ・ 否	年 月 日承諾
利用の可否実施期間		年 月 日から	
		年 月 日まで	
美らSUN会又は会員企業かどうか		企業名（ ）	
特記事項	施設長		主任
		事務	