

提出書類

※はずして必要書類だけご持参ください

- ※ 提出書類が不足している場合は、受付できませんのでご注意ください。
- ※ 黒ボールペンで記入してください。
(消えるボールペン、鉛筆不可)
- ※ 新学年で記入してください。
- ※ 同居されている全ての方を記入してください。

学童クラブ入所申請書兼児童台帳

学童クラブ	*	学童クラブ	受付番号	*	入所年月日	*	年 月 日
-------	---	-------	------	---	-------	---	-------

入所児童	ふりがな	性別	生年月日		在籍小学校 学 年	入所児童の健康 状態の特記事項		
	氏 名	男	T・S・H・R		小学校	アレルギー 有・無		
		女	年 月 日		年 生	障害 有・無		
	現在通っている保育園等	保育園 ・		幼稚園 ・		学童クラブ		
家族 の 状 況	ふりがな	続柄	生年月日	性別	職業等	前年(度)分の課税 市民税	所得税	生活保護受給 の有無
	氏 名		T・S・H・R	男 女		有・無	有・無	有・無 (年 月 日開始) ケースワーカー ()
			T・S・H・R	男 女		有・無	有・無	
			T・S・H・R	男 女		有・無	有・無	
			T・S・H・R	男 女		有・無	有・無	
			T・S・H・R	男 女		有・無	有・無	
			T・S・H・R	男 女		有・無	有・無	
			T・S・H・R	男 女		有・無	有・無	
入所が 必要な 理由	右の必要な理由の該当する番号を下記の【 】 内に記入してください。		必要 事項	① 居宅外労働		② 居宅内労働		
	父	母		③ 求職中		④ 病気等		
	【 】	【 】		⑤ その他()				
入所を希望する期間		年 月 日 から 年 月 日 まで						
入所する児童が習いごと に通っている場合記入してくだ さい。	曜日	時 間	内 容		通所先の名称等			
保護者の 勤 務 先	父	電話番号	緊急時の連絡先 [父・母・その他()]					
	母	電話番号	(携帯電話番号等)					
育 成 記 録 等 特 記 事 項	*							

*印欄は記入しないでください。

学童クラブに入所したいので申請します。

令和 年 月 日

申請者 住 所

氏 名
電話番号

武蔵村山市長 殿

在勤証明書

住所	
氏名	
実際の勤務地	会社名 住所 電話番号
雇用形態	常勤（正社員）・臨職・パート・内職・その他（ ）
勤務内容	職種 内容
雇用開始年月日	年 月 日 年 月 日（期限付きの場合の終期）
勤務日数	1ヶ月あたり 日
勤務時間	月曜～金曜 午前・午後 時 分～午後 時 分 土曜（勤務の場合）午前・午後 時 分～午後 時 分
休日	1ヶ月あたり 日 休日の曜日 曜日

上記の事項に相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

証明者（事業所等）

所在地
事業所名
代表者名
電話番号

印

武蔵村山市長殿

内容はすべて証明者が記入してください。

在勤証明書

住所	
氏名	
実際の勤務地	会社名 住所 電話番号
雇用形態	常勤（正社員）・臨職・パート・内職・その他（ ）
勤務内容	職種 内容
雇用開始年月日	年 月 日 年 月 日（期限付きの場合の終期）
勤務日数	1ヶ月あたり 日
勤務時間	月曜～金曜 午前・午後 時 分～午後 時 分 土曜（勤務の場合）午前・午後 時 分～午後 時 分
休日	1ヶ月あたり 日 休日の曜日 曜日

上記の事項に相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

証明者（事業所等）

所在地
事業所名
代表者名
電話番号

印

武蔵村山市長殿

内容はすべて証明者が記入してください。

申立書

氏名	
種類	自営・修学・求職・病気・看護・出産・災害・その他()
事業所等の名称	事業所名
所在地	住所
電話番号	電話番号
事業等の内容 (具体的に)	職種 内容
主な仕事の状況	居宅外 居宅内
主な昼間の所在地	所在地
電話番号	電話番号
事業開始年月日	年 月 日
勤務日数	1ヶ月あたり 日
勤務時間	月曜～金曜 午前・午後 時 分～午後 時 分 土曜(勤務の場合) 午前・午後 時 分～午後 時 分
休日	1ヶ月あたり 日 休日の曜日 曜日

上記のとおり相違ありません。

令和 年 月 日

申立者

住所

氏名 印

電話番号 ()

武蔵村山市長殿

健康調査表

学年

ふりがな
名前

1. 現在の心身の状況について、該当する項目の□にレ点をつけてください。

言語	<input type="checkbox"/> 普通に話せる <input type="checkbox"/> 単語程度で意思が交換できる <input type="checkbox"/> 話せないが相手の言うことがわかる	<input type="checkbox"/> どうにか話せる <input type="checkbox"/> 片言、身振りで話せる <input type="checkbox"/> 話せないし、相手の言うこともわからない
遊び	<input type="checkbox"/> 誰とでも遊ぶ <input type="checkbox"/> 親(兄弟)としか遊ばない <input type="checkbox"/> 落ち着きがなく、たえず動き回る <input type="checkbox"/> 激しい運動ができない	<input type="checkbox"/> 友達と遊ぶが取り残されがち <input type="checkbox"/> いつもひとりで遊んでいる <input type="checkbox"/> 同じ事の繰り返しをする
排泄	<input type="checkbox"/> 全て自分でできる <input type="checkbox"/> 自分でできないが知らせる <input type="checkbox"/> 紙パンツを使用している	<input type="checkbox"/> 他人の助けがあればできる <input type="checkbox"/> 自分でできず、知らせることもできない
食事	<input type="checkbox"/> はしで食べられる <input type="checkbox"/> 手づかみで食べられる <input type="checkbox"/> 自分で食べようとするが、こぼすほうが多い	<input type="checkbox"/> スプーンで食べられる <input type="checkbox"/> 自分では食べられない
着脱	<input type="checkbox"/> すべて自分でできる <input type="checkbox"/> ボタンかけはできるが紐結びはできない <input type="checkbox"/> 自分でできない	<input type="checkbox"/> 簡単なものは自分でできる <input type="checkbox"/> ボタンかけ、紐結びはできない
その他	<input type="checkbox"/> 耳の聞こえが悪い <input type="checkbox"/> 四肢に不自由がある <input type="checkbox"/> 臓器などに内科的障害がある	<input type="checkbox"/> 視覚に不自由がある <input type="checkbox"/> 自閉的傾向がある

2. 健康状態

--

3. 障害について、該当する項目の□の中にレ点をつけてください

(1) 身体障害者手帳を持っていますか？

持っていない 持っている(級)

(2) 愛の手帳を持っていますか？

持っていない 持っている(度)

(3) 病院を受診していますか？

受診していない 受診している 過去に受診したことがある

4. 障害をお持ちのお子さんは、障害の内容を具体的に記入してください。

--

学童生活管理指導表(必要の方のみ提出)

ふりがな
名前 _____ 男・女 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日生 (____ 歳)

食物アレルギー病型	
1 即時型 2 口腔アレルギー症候群 3 食物依存性運動誘発アナフィラキシー	
アナフィラキシー病型(アナフィラキシーの既往ありの場合のみ記載)	
1 食物 (_____) 2 食物依存性運動誘発アナフィラキシー 3 運動誘発アナフィラキシー 4 昆虫 5 医薬品 6 その他 (_____)	
該当する食べ物等	
1 卵 (_____) 2 牛乳・乳製品 (_____) 3 小麦 (_____) 4 大豆 (_____) 5 ソバ (_____) 6 ピーナッツ (_____) 7 種実類・木の実類 (_____) 8 甲殻類(エビ・カニ) (_____) 9 果物類 (_____) 10 魚類 (_____) 11 肉類 (_____) 12 その他 (_____)	
緊急時に備えた処方薬	おやつ
1 内服薬 (抗ヒスタミン薬、ステロイド薬) 2 アドレナリン自己注射薬 (「エピペン」) 3 その他 (_____)	1 管理不要 2 要相談
学童生活上の留意点	

緊急連絡先(必ず連絡のつく方)	
ふりがな 保護者名 _____	電話 _____
医療機関名 _____	電話 _____

