

# 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				
			年 月 日			年生	障害 有・無			
		女								
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	(年月日開始)		
			T・S・H・R	男女		有・無	有・無	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			
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

受付番号

取扱注意

重要

### 学童クラブ支援シート

ふりがな

名前

男・女

平成\_\_年\_\_月\_\_日生（\_\_歳）

<b>学童生活上の留意点</b>	
<b>障害について</b>	
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	
<b>食物アレルギー病型</b>	
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	
<b>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）</b>	
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（                                                  ）	
<b>該当する食べ物等</b>	
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                                                  （                                                  ）	
<b>緊急時に備えた処方薬</b>	<b>おやつ</b>
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