

見本

様式第1号（第7条関係）

提出日をご記入ください。

刈谷市放課後児童クラブ入会申請書

令和 5年11月 1日

刈谷市長

〒448-0842

刈谷市東陽町1-1

申請者 住所 〇〇〇マンション ××号室

(保護者) 氏名 刈谷太郎

電話番号 (0566) ××-××××

下記のとおり申請します。

記

令和6年4月1日の学年

対象児童	ふりがな	かりや いちろう			生年月日	
	氏名	刈谷 一郎			平成28年 4月 2日	
	学校名	刈谷市立 〇〇 小学校		学年	2	
家族構成 (注)	希望クラブ名	〇〇 児童クラブ				
	氏名	続柄	生年月日	年齢	勤務先等	
	刈谷 太郎	父	S. 61. 5. 1	37	〇〇株式会社	
	刈谷 花子	母	S. 62. 6. 1	36	〇〇会社	
	刈谷 二郎	弟	R. 1. 7. 1	4	〇〇保育園	
	刈谷 英治	祖父	S. 25. 8. 1	73	無職	
	刈谷 良子	祖母	S. 29. 9. 1	69	〇〇会社	
入会理由	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> その他()					
刈谷市放課後児童クラブの入会申請に当たり、次の事項に同意します。 1 入会要件の確認等のため、保護者等の世帯の構成員並びに当該世帯に係る市民税及び所得の状況を調査すること。 2 放課後児童クラブで適切な支援を行うため、特別な配慮が必要であるかなどの生活状況について関係機関から情報を得ること。 必ずチェックを入れて、提出してください。						
承諾欄	<input checked="" type="checkbox"/> 「刈谷市放課後児童クラブ入会について(ご案内)」の内容を理解し、了承したうえで申請します。					

父・母については
単身赴任等
されている方も
ご記入ください。

当てはまるもの全てに☑を
してください。ただし、保護者
に該当しない方は除きます。

令和6年4月1日現在の年齢

Ⓐ 令和 6年 4月 1日 ~ Ⓑ 令和 7年 3月 31日

注 対象児童と同じ住民票に記載のある人、住民票に記載がなくても同居している人及び同一の住所に居住する祖父母について全員記載してください。

児童の健康等の状況			
平熱体温 36度 5分	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱（病名等具体的に） <input type="checkbox"/> 障害等 <table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;"> <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 </td> <td style="padding: 0 5px;"> <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 手帳なし </td> </tr> </table> <input checked="" type="checkbox"/> 発達などに気になる点がある	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 手帳なし
<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 手帳なし		
病気、障害、発達等に気になる点がある場合は、その状態を具体的に記入してください。			
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p>病名及び診断名、気になる症状等を、できるだけ詳しくご記入ください。 書きにくい場合は、支援員にご相談ください。</p> </div>			
食物アレルギー <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり（具体的に： 牛乳等乳製品、生卵 ）			

入会区分	放課後児童クラブ利用者負担金引き落とし口座		
新規入会	口座振替依頼書に記載の口座（注）		
継続入会	現在の口座から	<input checked="" type="checkbox"/> 変更しない	<input type="checkbox"/> 変更する（注）
再入会	前回の口座から	<input type="checkbox"/> 変更しない	<input type="checkbox"/> 変更する（注）

注 金融機関受付済の口座振替依頼書（依頼者用）のコピーを添付してください。

- ◆ ご記入いただいた個人情報は、放課後児童クラブの目的
- ◆ 鉛筆・消えるペン等による記入、修正液・修正テープ等

継続入会と再入会の方は該当する箇所に☑をしてください。