

記載例

第1号様式（第3条関係）

児童会入会申込書

南幌町長様

①

令和 3 年 〇 月 〇 日

申請者(保護者)氏名 **南幌 太郎** 印

① 申込書の提出年月日、保護者氏名をご記入ください。印鑑は必ず押してください。

② **なんぼろ** 児童会に入会したいので、次のとおり申し込みます。
 〇、学童保育料を算定するため、学童担当職員が関係部局に報告を求めることに同意します。

② 入会児童についてご記入ください。連絡先の電話番号は、必ずご記入ください。

フリガナ	なんぼろ じろう	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	生年月日	平成 24 年 5 月 7 日
児童氏名	南幌 次郎				
住所	(〒 069 - 0232) 南幌町 緑町〇丁目〇番〇号				
電話番号	電話 〇〇〇 - △△△△ 自宅以外の連絡先 (会社・ <input checked="" type="radio"/> 携帯・その他 080 - 〇〇〇〇 - △△△△)				
校名	南幌 小学校	新学年	〇 年		

③ 健康状況(特に注意を要すること)や集団生活を送る上で注意を要すること

③ 健康状況や集団生活を送る上で注意することがあればご記入ください。

④ 入会を希望する理由【該当番号に〇印を、「3、4その他」の場合は理由を記入してください】

④ 入会を希望する理由をご記入ください。「3 保護者の疾病・病弱のため」「4 その他」の場合は理由をご記入ください。

- ② 保護者がともに就労しているため
 ③ 保護者の疾病・病弱のため ()
 ④ その他 ()
 ※ 学童に入会している子が他に (いる・ いない) (氏名 _____)

⑤ 家族の状況【(※入会児童を除く)】

⑤ 1. 入会児童は記入不要です。
 2. 続柄は入会児童から見た関係をご記入ください。
 3. 同居しているご家族全員をご記入ください。

フリガナ 氏名	続柄	年齢	職業又は 学校名・学年	勤務形態	出勤(登校)時刻 帰宅(下校)時刻
ナンボロ タロウ 南幌 太郎	父	33	株式会社〇△□	<input checked="" type="radio"/> 常勤 <input type="radio"/> パート <input type="radio"/> 自営 <input type="radio"/> その他	出勤 7 : 30 帰宅 19 : 00
ナンボロ ヨコ 南幌 陽子	母	31	有限会社〇△□	常勤 <input checked="" type="radio"/> パート <input type="radio"/> 自営 <input type="radio"/> その他	出勤 8 : 30 帰宅 18 : 00
ナンボロ イチロウ 南幌 一郎	弟	2	〇△□保育園	常勤・パート 自営・その他	出勤 : 帰宅 :
ナンボロ ハナコ 南幌 花子	妹	0	〇△□保育園	常勤・パート 自営・その他	出勤 : 帰宅 :
				常勤・パート 自営・その他	出勤 : 帰宅 :
				常勤・パート 自営・その他	出勤 : 帰宅 :

(注) 現在の状況(学生等は新学年)を記入してください。

※裏面もあります。

⑥

⑥保護者が疾病・病弱による入会の場合のみご記入ください。

保護者が疾病・病弱による入会の場合のみ記入してください。

父 親 の 状 況	疾	入院期間	年	月	日	～	年	月	日		
	病	通院期間	年	月	日	～	年	月	日、週	日	
	等	病院名				病名					
	介	患者氏名				入院介護（付添日数	週	日）	・ 在宅介護		
	護	介護期間	年	月	日	～	年	月	日		
<備考欄>											
母 親 の 状 況	疾	入院期間	年	月	日	～	年	月	日		
	病	通院期間	年	月	日	～	年	月	日、週	日	
	等	病院名				病名					
	介	患者氏名				入院介護（付添日数	週	日）	・ 在宅介護		
	護	介護期間	年	月	日	～	年	月	日		
<備考欄>											

★同居または、同一敷地内にお住まいされている方がいる場合は記入してください。（不在の場合は記入不要）

同 居 等 の 祖 父 の 状 況	氏名				年齢		電 話					
	就 労 状 況	事業所名										
		所在地				電話	()		通勤時間	片道	時間	分
		1週間の勤務日数	週	日	休日・休業日	毎週	曜日・その他 ()					
		1日の勤務時間	午前・午後 時 分 ～ 午前・午後 時 分									
		健康状態等	良好 ・ 病弱 ・ 通院 ・ 入院 ・ その他 ()									
同 居 等 の 祖 母 の 状 況	氏名				年齢		電 話					
	就 労 状 況	事業所名										
		所在地				電話	()		通勤時間	片道	時間	分
		1週間の勤務日数	週	日	休日・休業日	毎週	曜日・その他 ()					
		1日の勤務時間	午前・午後 時 分 ～ 午前・午後 時 分									
		健康状態等	良好 ・ 病弱 ・ 通院 ・ 入院 ・ その他 ()									

問合せ先：北海道空知郡南幌町
保健福祉課 健康子育てグループ

電話 011-378-5888(内線209)
FAX 011-378-5255

平日 8:30～17:00
(土日祝日と12月31日～1月5日を除く)