

児童会入会申込書

令和 年 月 日

南幌町長様

申請者(保護者)氏名 _____

なんぽろ 児童会に入会したいので、次のとおり申し込みます。

なお、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。

| | | | | | | |
|---|--|----|------------------|------------------|----------------------|-----------|
| フリガナ | | | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 平成 年 月 日生 |
| 児童氏名 | | | | | | |
| 住所 | (〒 -) 南幌町 | | | | | |
| 電話番号 | 電話 - 自宅以外の連絡先 (会社 ・ 携帯 ・ その他 - -) | | | | | |
| 学校名 | 小学校 | | 新学年 | | 年 | |
| 【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】 | | | | | | |
| | | | | | | |
| 【入会を希望する具体的理由】（該当番号に○印を、「3、4その他」の場合は理由を記入してください） | | | | | | |
| 1 ひとり親家庭（市町村民税が 課税 ・ 非課税 ） | | | | | | |
| 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 _____) | | | | | | |
| 【 家族 の 状 況 】（※入会児童を除く） | | | | | | |
| フリガナ | 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 | |
| 氏名 | | | | 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 : |
| | | | | 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。

★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 | (同居の場合は記入不要) | | | | |
| | 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 | (同居の場合は記入不要) | | | | |
| | 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 () | | | | | | | | | | | |