

(表)

様式第1号 (第7条関係)

※第 号

三朝町学童クラブ利用申込書

申込日：平成**30**年 x月 x日

ふりがな	みささ ゆうた		(生年月日)	
児童名	三朝 湯太		男	平成 22年 4月 日
住所	三朝町大字 三朝 123番地4		学校名	学年
			町立〇小学校	1年
入所希望の理由	放課後、家庭でみられない事情 (両親が就労をしているなど、それぞれの事情)		必要な期間など。 ・土曜日の利用は、ときどきであれば「希望する」に〇。 ・4月の始業式前・入学式前に使うときは、「春休み」に〇。まで	
入所の日	平成 30年 4月 1日 から 平成 年 月 日		希望する 希望しない	
	・平常期間の土曜日利用を希望されますか？ (希望理由： 仕事の都合で、母も父もみられない日があるから)			
	・長期休暇中の利用について見込みをお知らせください 春休み・夏休み・冬休み に学童クラブを利用する 利用しない			
緊急連絡先	学童クラブ開所時間内に必ず連絡の取れる番号を記入してください。			
	①(父・母・祖父・祖母) 080-x x x x-x x x x		携帯・自宅・職場	
	②(父・母・祖父・祖母) 0857-x x-x x x x		携帯・自宅・職場	

〇利用児童の家庭の状況

氏名	続柄	年齢	職業
三朝 温	父	30	〇□商事(株)
三朝 泉水	母	30	自営業 (ホームページライター)
三朝 湯太	本人	6	
三朝 花	妹	3	
三朝 舟	祖母	64	スーパー〇〇

※以下の欄には記入する必要はありません。

※町記載欄	利用申込の承諾	クラブ入所の要否	入所期間
	承諾・不承諾 (理由)		自 年 月 日 至 年 月 日
		入所学童クラブ	
	年 月 日決定	備考	

※申込書に記載された個人情報は、学童クラブの運営のみに利用し、目的外の利用はしません。

(裏)

平成30年度日本スポーツ安全保険加入承諾書

私は「スポーツ安全保険のしおり」の内容を承諾の上、下記のとおり
保険加入依頼いたします。また、事故発生時の補償については上記保
険の保険金額とすることに同意いたします。

記

保護者氏名	三朝 温
保護者住所	鳥取県東伯郡三朝町大字 三朝123番地4
加入する子ども (生年月日)	三朝 湯太 (平成 21年 4月 3日生)
加入する保険の種類	A1
加入日	平成30年 4月 1日
保護者負担額	800円

「利用申込書」
の「入所の日」
と同じ。

保険料は、利用開始月の翌月
(4月からなら、5月に4月分の)
利用料と一緒に請求します。

★口座振替は5月末(土日なら
翌金融機関営業日)に
振替します。

三朝町長 様

平成30年 x月 x日

保護者氏名 三朝 温

三朝 印

(表)

家庭状況調査票

保護者名	三朝 温
児童氏名	三朝 湯太

1. 保護者の状況

調査内容	父の状況	母の状況
該当する項目に○をつけてください	1. 外勤 2. 自営 3. 内職 4. 内定 5. その他 ()	1. 外勤 2. 自営 3. 内職 4. 内定 5. その他 ()
仕事先の名称 (予定の場合も記入)	会社名: ○□商事(株)	会社名: (なし) ホームページクリエイター
	電話: 0857-x x-x x x x 内線: x x x	電話: 080-x x x-x x x x 内線:
	所在地: 鳥取市○□町★12-3	所在地: 自宅 (三朝 123-4)
仕事先の所在地	通勤手段: 自家用車	通勤手段:
	通勤時間: 45分	通勤時間:
	仕事の内容	商品開発
勤務時間・日数	8時 30分 ~ 17時 30分 週・月 5 日	9時 30分 ~ 18時 00分 週・月 6 日
就労(予定)年月	20年 4月から	23年 9月から
○就労以外の理由により保護者が自宅で児童を養育できない場合はその旨を記入してください。 (etc. 病気、出産、介護等)		

※調査票に記載された個人情報、学童クラブの運営のみに利用し、目的外の利用はしません。

【裏面へつづく】

(裏)

2. 児童の状況

児童が新1年生のときは、この欄も書いてください。

保育の状況 (<u>新入生対象</u>)	1. 自宅で保育している。(週 日 母・父・祖父母・友人・その他 ())
	2. <u>預けている。</u> (週 5 日) 25 年 2 月 1 日より ・祖父母・親類・友人・同伴就労・その他 () ・ <u>保育施設等</u> (<u>保育園</u> ・ファミリーサポートセンター・職場の保育室・幼稚園) 名 称 : <u>〇〇保育園</u> 電話 : <u>XX-XXXX</u>
健康状態 (全員)	1. 発達や慢性的な病気のことで相談している病院や施設がありますか。 無 ・ <u>有</u> → 病院及び施設の名称 (厚生病院) 病名等 (小児ぜんそく、食物アレルギー) 服薬している場合は、薬の種類と回数をご記入ください。 種類 (〇〇) 回数 (1日 2 回)
	2. 「身体障害者手帳」または「みどりの手帳(療育手帳)」をお持ちですか。 <u>無</u> ・ 有 身体障害者手帳 (級) みどりの手帳 (<u>A</u> ・A・B・C)
	3. アトピーやアレルギー等がありますか。 無 ・ <u>有</u> (エビ・カニ(除去)、ダニ) 症状・除去食等 (エビカニは食べられない)
	4. 入所にあたり、健康上又は発達上、気になることがありましたらご記入ください。 シングルとエビペンと吸入器を持っていきます

3. 祖父母の状況 (該当する項目に○を付けてください。)

父 方		母 方	
祖 父	祖 母	祖 父	祖 母
<u>いない</u> ・ いる : _____ 歳	・ いない ・ <u>いる</u> : 64 歳	・ いない ・ <u>いる</u> : 68 歳	・ いない ・ <u>いる</u> : 62 歳
↓	↓ (いるとき) ↓	↓	↓
・ 同居 ・ 別居 (町内) ・ 別居 (町外)	・ <u>同居</u> ・ 別居 (町内) ・ 別居 (町外)	・ 同居 ・ 別居 (町内) ・ <u>別居 (町外)</u>	・ 同居 ・ 別居 (町内) ・ <u>別居 (町外)</u>
就労 (勤務先や就労内容) ・ 無 ・ 有 ()	就労 (勤務先や就労内容) ・ 無 ・ <u>有</u> (スーパー〇〇)	就労 (勤務先や就労内容) ・ 無 ・ <u>有</u> (農業)	就労 (勤務先や就労内容) ・ <u>無</u> ・ 有 ()

その他特記事項欄
