

広島キリスト教社会館学童クラブ 利用申込書

(あて先)

受付No. _____

社会福祉法人 西中国キリスト教社会事業団 理事長

西暦 年 月 日

申込者(保護者)

| | | | | | | |
|------|---------|-------------|-----------------------------|--------------------|---------------------------------|--|
| 住所 | 〒 _____ | 広島市 _____ 区 | TEL (_____) _____ - _____ | MAIL _____ @ _____ | ふりがな _____ | |
| | | | | | 申込者氏名(保護者) _____ | |
| 優先順位 | 緊急連絡先① | 保護者等 | 続柄 _____ | | TEL(携帯) (_____) _____ - _____ | |
| | 緊急連絡先② | 勤務先等 | 続柄 _____ | | TEL(携帯) (_____) _____ - _____ | |

以下のとおり利用を申し込みます。なお、申込後、内容に変更があった場合は、速やかに届け出ます。

| | | | | |
|--------------|----|-----------------------|-----|----|
| ふりがな 児童氏名 | 性別 | 生年月日 | 学校名 | 学年 |
| | | 西暦 年 月 日生 | 小学校 | 年 |
| 利用を希望する期間 | | 西暦 年 月 日から 西暦 年 月 日まで | | |

児童の健康状態(該当する番号に○及び必要事項を記入してください。)

| | | | | |
|--------------------------------|-----------------------|--------------|------|--|
| 健康状態 | 1 健康である ・ 2 病気をしがちである | 血液型: _____ 型 | | |
| 障がいの有無 | 1 無 ・ 2 有(状況: _____) | | | |
| かかりつけの病院または医院 | 内科 | 外科等 | 歯科 | |
| | 眼科 | その他1 | その他2 | |
| 特に気を付ける点、気を付けてもらいたい事(アレルギー・薬等) | | | | |
| その他発達について気になること | | | | |

保護者及び同居する親族の状況(該当する番号等に○及び必要事項を記入してください。)

| 氏名 年齢区分(利用開始時) | 本人との続柄 | 勤務先 又は通学(園)先・学年 | 放課後児童クラブの利用を必要とする理由 (18歳以上の方は記入してください。) |
|-------------------|--------|--------------------|---|
| 18歳以上・18歳未満 | | | 1 就労 2 疾病・障がい 3 親族等介護 4 産前産後 5 通学 6 その他(_____) |
| 18歳以上・18歳未満 | | | 1 就労 2 疾病・障がい 3 親族等介護 4 産前産後 5 通学 6 その他(_____) |
| 18歳以上・18歳未満 | | | 1 就労 2 疾病・障がい 3 親族等介護 4 産前産後 5 通学 6 その他(_____) |
| 18歳以上・18歳未満 | | | 1 就労 2 疾病・障がい 3 親族等介護 4 産前産後 5 通学 6 その他(_____) |
| 18歳以上・18歳未満 | | | 1 就労 2 疾病・障がい 3 親族等介護 4 産前産後 5 通学 6 その他(_____) |

| | |
|--|-----------|
| 優先利用(障がいのある児童、ひとり親家庭の児童)を希望する場合は、右記の「優先利用を希望する」に○をしてください。 ※定員超過のため同一学年内における選考を行う必要がある場合に、優先します。 ※優先利用を希望する場合は、申込の際に必要な書類を添付してください。 | 優先利用を希望する |
|--|-----------|

※健康保険証の写しを添付してください。(国民健康保険の方は、9月に保険証が変わりますので再度提出をお願いします。)

※住所・電話番号等に変更が生じた場合は、ご連絡をお願いします。

自宅周辺がわかる地図を下記の①と②から選び、学童クラブから自宅までの経路を赤ペン→でご記入ください。

① 天満学区周辺地図



② 広島市広域地図

