

広島キリスト教社会館学童クラブ 利用申込書（申請・変更）

(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

提出日： 西暦 年 月 日

広島市放課後児童クラブの利用について、関係書類を添えて、次のとおり申し込みます。児童と同居する親族に関することについては、その者の同意を得て、提出しています(申込後、提出した書類の内容に変更があった場合は、速やかに届け出ます。)。また、次のことに同意します。
 ・生活保護、就学援助、こども医療費補助、ひとり親家庭等医療費補助、重度心身障害者医療費補助の受給状況等について、私と私の属する世帯員(この申込書に記載されている者)に関する情報を確認されること。また、私と私の属する世帯員(この申込書に記載されている者)に関する市民税の課税・非課税の情報を課税資料により確認されること。
 ・世帯状況を確認されること。
 ・利用の承諾や放課後児童クラブでの保育の実施に必要な情報を、関係機関(学校等)に提供すること(課税状況や、各医療費補助制度の該当情報を提供することはありません。)。

※住所や世帯状況等に変更が生じた場合は、利用申込書の変更には○をし、申込者氏名、児童氏名、変更箇所のみを記載してください。

| | | | | | | | |
|----------------|-----------|-------|------|-------|---|---|----|
| ふりがな | | | 生年月日 | 西暦 | 年 | 月 | 日生 |
| 申込者氏名 (保護者) | | | | | | | |
| 住所等 | 〒 - 広島市 区 | | | | | | |
| 連絡先 | TEL () - | Mail | @ | | | | |
| ※緊急連絡先 | 優先順1 | () - | 優先順2 | () - | | | |

| | | | | | |
|-----------------------------|-----------------------|-----------|---|----|---|
| ふりがな 児童氏名 | 性別 | 生年月日 | 学校名 | 学年 | 組 |
| | | 西暦 年 月 日生 | 小学校 | 年 | 組 |
| 利用を希望する期間 | 西暦 年 月 日から 西暦 年 月 日まで | | | | |
| 1日活動日 早朝利用の希望 (8:00～ 8:30) | 有 ・ 無 | | 説明: 基本的に8:00～8:30の早朝時間に登所する児童は“有”に○をしてください。 | | |
| 平日18時30分以降の希望 (18:30～19:00) | 有 ・ 無 | | 説明: 就労等でお迎えが18:30以降になる児童は必ず“有”に○をしてください。 | | |

利用料金の算定のために、以下の医療費補助等に該当する場合は、該当するものすべてに☑をしてください。いずれにも該当しない場合は、「上記のいずれにも該当しない。」に☑をしてください。

| | | | | | | |
|-------|--------|---|--|---|---|-----------|
| 利用料区分 | 負担軽減措置 | A | <input type="checkbox"/> 就学援助受給世帯(申請予定を含む)(※1) | <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 | ➡ | 無料(0円) |
| | | B | <input type="checkbox"/> 住民税(市民税)非課税世帯(※2) | <input type="checkbox"/> 里親世帯 | | |
| | | C | <input type="checkbox"/> こども医療費補助受給世帯 | <input type="checkbox"/> 重度心身障害者医療費補助受給世帯 | | |
| | | | <input type="checkbox"/> ひとり親家庭等医療費補助受給世帯 | | ➡ | 月額 5,000円 |
| | | | <input type="checkbox"/> 上記のいずれにも該当しない。 | | ➡ | |

- ※1 就学援助を申請しているが、まだ決定がされていない場合や、申請予定の場合も☑をしてください。就学援助に該当しているものとみなします。ただし、就学援助が認定されなかった場合は、遡って利用料を徴収します。
- ※2 1月1日に広島市外に居住していた等により、他市町村で課税されている場合には、その市町村での課税状況がわかるもの(非課税証明書等)を添付してください。
- ※3 里親として委託されていることがわかる書類を添付してください。

児童の健康状態等 (該当する番号に○及び必要事項を記入してください。)

| | |
|---------------------------------|-----------------|
| 障がいの有無 | 1 無 ・ 2 有(状況:) |
| 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

| 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 ・放課後児童クラブ名等 | 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 ・放課後児童クラブ名等 |
|-------------------|--------|-------------------------------|-------------------|--------|-------------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| | |
|--|------------------------------------|
| 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。 | <input type="checkbox"/> 優先利用を希望する |
|--|------------------------------------|

| | |
|---|-------------------------------------|
| すでに放課後児童クラブを利用されており、そこから他のクラブに移るためのお申込みである場合は、右記の「クラブ間での異動希望」に☑をしてください。 | <input type="checkbox"/> クラブ間での異動希望 |
|---|-------------------------------------|