

令和7年度 児童クラブ室利用申込書（新規・継続）

令和 年 月 日

糸魚川市長 様

申請者
(保護者) 住所 〒 糸魚川市

氏名

電話 - -

児童クラブ室を利用したいので、裏面承諾内容を承諾のうえ、申し込みます。

利用希望児童クラブ室		児童クラブ室							
児 童	ふりがな		生年月日	平成	年	月	日	性別	男・女
	氏名		学校・学年(4月現在)		小学校 学年				
申込理由		☐ 就労 ☐ 産前6週又は産後8週間 ☐ 疾病等による療養 ☐ 同居家族の看護または介護 ☐ その他 ()							
利用形態		☐ 通年利用 (利用開始予定日 令和 年 月 日から) ☐ 春休み期間利用 ☐ 夏休み期間利用 ☐ 冬休み期間利用 ☐ 緊急一時利用 (年 月 日 ~ 年 月 日まで)							
迎えに来る 家族(続柄)		氏名	()		迎えに 来る時間		時 分頃		
兄弟姉妹の 申込状況		氏名	学年 年	氏名	学年 年				
緊急連絡先 (①が優先)		① (電話番号)	父・母・祖父・祖母・勤務先・その他()						
		② (電話番号)	父・母・祖父・祖母・勤務先・その他()						
同居家族 (利用児童を除く)	児童との 続柄	氏名	年齢 4月1日現在	勤務先・学校名・ 保育園 等		勤務時間 等			
						時 分~ 時 分			
						時 分~ 時 分			
						時 分~ 時 分			
						時 分~ 時 分			
						時 分~ 時 分			
						時 分~ 時 分			
18歳~60歳(昭和40年4月2日~平成19年4月1日生)の同居家族は就労証明書等の必要書類を添付してください。									
(備考欄) 無職の家族が同居している場合、その家族が児童を見守ることができない理由 等									

平 熱	度	かかりつけの医療機関	
食物 アレルギー	無 ・ 有	食物名等 食べてはいけないおやつ 医師の内服薬の処方 有 ・ 無 エピペン所持 有 ・ 無	
障害・疾病 の有無	無 ・ 有	診断名 受診医療機関 服用中の薬の有無 有 ・ 無 服用頻度	
手帳等の 有無	無 ・ 有	※手帳等の写しを添付してください。 【身体】 級【療育】 A ・ B 【精神】 級【他】 _____	
特別支援学級 の在籍（予定）	無 ・ 有	学級名（ ）	
かかりやすい 病気・体質	☐ 発熱しやすい ☐ 脱臼しやすい ☐ 骨折しやすい ☐ 吐きやすい ☐ 鼻血がでやすい ☐ ひきつけしやすい ☐ 下痢しやすい ☐ 喘息しやすい ☐ その他（ ）		
食事・着替え ・トイレ	食事・着替え・トイレは自分でできますか はい ・ いいえ		
好きなこと 興味のあること	※遊び・キャラクター・活動 等		
苦手なこと	※苦手な活動・行動 等		
コミュニケーション	※友達や周りの大人との関わり方、仲のよい友達 等		
通園していた保育園・幼稚園名（新１年生のみ記入）			
児童クラブで特に注意してほしいこと、特別な配慮、支援が必要な場合、詳しく記入してください。			

児童クラブの利用にあたり、以下の事項について承諾します。

- ※以下は、職員が記入します。

受付・面接日	備考欄
年 月 日	
受付・面接者	