

## 平成24年度 学童クラブ入会申請書

平成 年 月 日申請

(あて先) 昭 島 市 長

〒196 -

住 所 昭島市

申請者  
(保護者)

(アパート・マンション名等)

ふりがな

氏 名

電話番号

自宅 ( )

携帯(父・母) ( )

次のとおり、学童クラブの入会を申請します。

入 会 申 請 児 童	ふりがな				児 童 の 健 康 状 態			
	児童氏名		男 女	良好	疾病等(病名等)			)
	生年月日	平成	年	月	日	障害(障害名)	)	
	学 校 名	小学校 新学年 年			手帳有	手帳無		
	申請クラブ名	第一希望	学童クラブ		第二希望	有	学童クラブ 無	
	平成23年度中の保育状況等	保育園在籍 保育園	幼稚園在籍 幼稚園	学童クラブ在籍 学童クラブ	家族・親族	その他		
同じ学童クラブへの平成24年度入会申請する兄弟・姉妹の有無				有 (新学年 年)	無			
同 居 家 族 等 の 状 況	氏 名	続柄	生 年 月 日	年齢	日 中 の 状 況			
			年 月 日		就労	疾病等	介護等	その他( )
			年 月 日		就労	疾病等	介護等	その他( )
			年 月 日		就労	疾病等	介護等	その他( )
			年 月 日		就労	疾病等	介護等	その他( )
			年 月 日		就労	疾病等	介護等	その他( )
祖 父 母	同居以外で昭島市内に住所を有する祖父母				有(下段に記入)	無		
	氏 名	続柄	生 年 月 日	年齢	住 所			
			年 月 日					
			年 月 日					
父 親 の 状 況				母 親 の 状 況				
就 労	勤務先名				勤務先名			
	電話番号				電話番号			
疾 病 等	病名等				病名等			
	療養等の状況	入院(退院予定 年 月 日)	療養等の状況	入院(退院予定 年 月 日)	通院 週 回・月 回	通院 週 回・月 回	通院 居宅	通院 居宅
障 害	障 害 名				障 害 名			
	手 帳	愛の手帳 度	身障手帳 級	手 帳	愛の手帳 度	身障手帳 級		
介護・看護	対象者	氏名		続柄	介護等の場所	居宅内	居宅外	
生活保護の状況	受けていない		受けている( 年 月から)					
延長監護の希望	有	午前・午後 / 毎日・ときどき( 曜日)	無					
育成料滞納状況	無 有 有の場合は、納付又は納付誓約書の提出が必要となります。							

該当欄は、事実をもれなく記入してください。

この申請事項は、電子計算組織に記録されます。

添付書類 (1)在職証明書 父 母 祖父母等 (2)診断書 (3)申立書 (4)出産予定申告書

書類は 年 に添付

受付場所	クラブ	本庁( )
------	-----	-------

平成24年度 学童クラブ入会申請書

平成 年 月 日申請

(あて先) 昭島市長

〒196 - 0000



住所 昭島市 田中町1 - 17 - 1

(アパート・マンション名等)

申請者  
(保護者)

ふりがな あきしま たろう

氏名 昭島 太郎

電話番号 自宅 042 (0x0)0000

携帯(父)090(0x00)00x0

次のとおり、学童クラブの入会を申請します。

入会申請児童	ふりがな	あきしま たいち			児童の健康状態				
	児童氏名	昭島 太一			男	✓良好 疾病等(病名等) 障害(障害名)			
	生年月日	平成 17 年 6 月 日			手帳有	手帳無			
	学校名	あきしま小学校 新学年 1 年			愛の手帳	度 身障手帳 級			
	申請クラブ名	第一希望	緑	学童クラブ	第二希望	✓有	拜島第三	学童クラブ	無
	平成23年度中の保育状況等	✓保育園在籍		幼稚園在籍	学童クラブ在籍	家族・親族 その他			
同じ学童クラブへの平成24年度入会申請する兄弟・姉妹の有無	くじら 保育園 幼稚園			学童クラブ	学童クラブ				
同居家族等の状況	氏名	続柄	生年月日	年齢	日中の状況				
	あきしま 太郎 昭島 太郎	父	昭和50年 5月 日	36	✓就労	疾病等	介護等	その他( )	
	はなこ 花子	母	昭和50年 5月 日	36	✓就労	疾病等	介護等	その他( )	
	たけし	兄	平成15年 8月 日	8	就労	疾病等	介護等	✓その他( 小学2年)	
	きみ	妹	平成20年 6月 日	3	就労	疾病等	介護等	✓その他( 保育園)	
			年 月 日			就労	疾病等	介護等	その他( )
祖父母	同居以外で昭島市内に住所を有する祖父母				有(下段に記入)	無			
	氏名	続柄	生年月日	年齢	住所				
	昭島 大作	祖父	昭和20年 6月 日	66	昭島市昭和町4 - 7 - 1				
	よね	祖母	昭和21年 6月 日	65					
父親の状況				母親の状況					
就労	勤務先名	昭島市役所			勤務先名	昭島市役所			
	電話番号	042 - 544 - 5111			電話番号	042 - 544 - 5111			
疾病等	病名等				病名等				
	療養等の状況	入院(退院予定 年 月 日) 通院 週 回・月 回通院 居宅			療養等の状況	入院(退院予定 年 月 日) 通院 週 回・月 回通院 居宅			
障害	障害名				障害名				
	手帳	愛の手帳 度 身障手帳 級			手帳	愛の手帳 度 身障手帳 級			
介護・看護	対象者	氏名		続柄	介護等の場所	居宅内	居宅外		
生活保護の状況	受けていない 受けている( 年 月から)								
延長監護の希望	✓有 (午前・午後 / 毎日・ときどき(第3金曜日) 無								
育成料滞納状況	無 有 有の場合は、納付又は納付誓約書の提出が必要となります。								

該当欄は、事実をもれなく記入してください。

この申請事項は、電子計算組織に記録されます。

添付書類 (1)在職証明書 父 母 祖父母等 (2)診断書 (3)申立書 (4)出産予定申告書

書類は 年 に添付

受付場所 クラブ 本庁( )