

# 申 立 書

(宛先) 昭島市長

令和 年度学童クラブ入会申請に当たり、下記のとおり申し立てます。

|                          |                                                                                                                                                                          |              |      |           |       |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------|-----------|-------|
| ふりがな<br>申立人氏名<br>(保 護 者) |                                                                                                                                                                          | 申請児童<br>氏 名  |      | 申請<br>クラブ | 学童クラブ |
|                          |                                                                                                                                                                          | 申請児童<br>との続柄 |      |           |       |
| 住 所                      |                                                                                                                                                                          |              | 電話番号 |           |       |
| 申立の種別                    | <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> けが <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他 (                      ) |              |      |           |       |
| 介護・看護の場合<br>受けている方の      | 氏名                                                                                                                                                                       |              | 住所   |           | 電話番号  |

■ 申立人の傷病等又は介護・看護を受けている方の状況

|                                                                                   |                                                                                                           |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| 病気・けが名等                                                                           | (要介護              ) <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 居宅療養 |  |  |  |  |
| 病院等施設名                                                                            |                                                                                                           |  |  |  |  |
| 病院等所在地                                                                            |                                                                                                           |  |  |  |  |
| 入院等(見込)期間                                                                         | 令和      年      月      日から    令和      年      月      日まで                                                    |  |  |  |  |
| 通院等(見込)期間                                                                         | 令和      年      月      日から    令和      年      月      日まで                                                    |  |  |  |  |
| 通院等曜日・日数                                                                          | 通院等曜日に○印 → 月 火 水 木 金 土 日 不定期 週 日、月 日                                                                      |  |  |  |  |
| 通院等時間帯<br>及び所要時間                                                                  | 時    分頃から      時    分頃まで      時間(帰宅時間    時    分頃)                                                         |  |  |  |  |
| 療養(介護・看護)等の状況                                                                     | 詳しく記入してください。                                                                                              |  |  |  |  |
|                                                                                   |                                                                                                           |  |  |  |  |
|                                                                                   |                                                                                                           |  |  |  |  |
|                                                                                   |                                                                                                           |  |  |  |  |
|                                                                                   |                                                                                                           |  |  |  |  |
|                                                                                   |                                                                                                           |  |  |  |  |
|                                                                                   |                                                                                                           |  |  |  |  |
|                                                                                   |                                                                                                           |  |  |  |  |
| ※介護の頻度→週      日(月・火・水・木・金・土・日)、    月    日<br>時間/日(時間帯      :      ~      :      ) |                                                                                                           |  |  |  |  |

※傷病等又は介護・看護の場合は、該当者の診断書を添付してください。

※通院等の場合は、病院の診察券または領収書等のコピーを添付してください。

※就学の場合は、在学証明書と時間割の写しを添付してください。

なお、この申立書の内容について、昭島市の職員が必要に応じて実態調査することに同意します。

令和      年      月      日

住 所 \_\_\_\_\_  
申立人  
(保護者) 氏 名 \_\_\_\_\_  
電 話 \_\_\_\_\_