（第１号様式）

伊東市放課後児童クラブ利用申込書（児童台帳）

令和　　年　　月　　日

放課後児童クラブ運営者　宛

住　所

申込者　氏　名

連絡先

放課後児童クラブの利用について、裏面の同意確認事項に同意し、次のとおり申し込みます。

申込児童	住　　所	伊東市			
	フリガナ 氏　　名			性別	
	生年月日	年　　月　　日	出身幼稚園・保育園等		
	学 校 名	（　　）小学校　（　　）学年　※令和９年４月時点			

保護者の状況	母	フリガナ 氏　　名		生年月日	年齢
				年　　月　　日	
		電話番号		□ひとり親世帯	
		理　　由	□就労　□就学　□傷病・障害　□出産　□介護・看護 □その他（　　）		
	父	フリガナ 氏　　名		生年月日	年齢
				年　　月　　日	
		電話番号		□ひとり親世帯	
		理　　由	□就労　□就学　□傷病・障害　□出産　□介護・看護 □その他（　　）		

同居家族の状況	氏名	児童との続柄	年齢	職業、保育の可否等	電話番号

緊急連絡先	名称又は氏名	関係又は続柄	電話番号

（第１号様式）

〇放課後児童クラブの利用方法

利用希望クラブ		（　　）小学校放課後児童クラブ				
利用希望期間	通年利用	令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日まで ※令和９年４月１日～令和１０年３月３１日までの期間内で記載してください。				
	長期休みのみ	□春休み（４月～）　□夏休み　　□冬休み				
利用希望日		□月　□火　□水　□木　□金　□土				
利用希望時間	平　日	下校時間　から　　時　　分　まで				
	休校日	時　　分　から　　時　　分　まで				
自宅からクラブまでの距離		約　　km　（徒歩　約　　分）				
兄弟姉妹の利用状況		氏名		小学校		学年
		氏名		小学校		学年

〇児童の健康状態、成長・発達の様子

かかりつけ医療機関	
病気・服薬等	
アレルギー	
障害等の状況	手帳の種類・等級等：
	□特別支援学級に在籍
発達・ことば等の状況	専門機関等の名称：
	内容：
その他の配慮事項	

〇利用に当たっての同意確認事項（確認した内容にチェックしてください。）

□　保護者会による自主運営を行う放課後児童クラブについては、利用期間中、運営に対する協力を求められることがあります。

□　放課後児童クラブ運営の適正化を図るため、開所日・開所時間が変更となることや利用料金が改定されることがあります。

□　次の事項に該当する場合、利用の決定を取消すことがあります。

⑴　利用申込みの内容が事実と異なるとき

⑵　放課後児童クラブの利用に関するルールが守られないとき

⑶　「他の児童・職員に危害を加える行為（暴言・暴力）」や「故意に設備・備品等を破損させる行為」などにより、安全な保育の実施に著しく支障をきたすと判断するとき

⑷　３か月分以上の利用料金を滞納したとき

□　利用児童に関する情報について、関係機関等（市・学校・児童相談所・その他専門機関等）と情報共有することがあります。