

令和8年度 リトルスター放課後児童クラブ・子ども教室事業

利用申込書

令和 年 月 日

1 申請者 (保護者)	氏名					
	郵便番号	() - ()	連絡先 (自宅)			
	住所	御殿場市	(携帯)			
2 利用児童	氏名	(ふりがな)	生年月日 年齢	H・R	年 月 日 (才)	
	Name ローマ字		幼稚園・保育園名 新1年生のみ記入お願い致します			
	学校名 学年	小学校 年 (令和8年4月1日時点)		性別	男・女	
	住所	(申請者と同じ場合は記入不要)				
3 保護者の 状況	氏名		生年月日		勤務先名・連絡先	
	父	(ふりがな)	昭・平 年 月 日		(勤務先名) (日中連絡先)	
					(携帯番号)	
	母	(ふりがな)	昭・平 年 月 日		(勤務先名) (日中連絡先)	
					(携帯番号)	
	保育できない理由					
	父	就労・就学・障害等・病気療養・介護、看護・ 65歳以上・ひとり親の求職・単身赴任で不在・入院等で不在 不存在(離別・死別等)・その他()				
	母	就労・就学・障害等・病気療養・介護、看護・ 65歳以上・ひとり親の求職・単身赴任で不在・入院等で不在 不存在(離別・死別等)・その他()				
4 その他の 同居者 (きょうだい・祖父母)	氏名	続柄	生年月日	年齢	学校・職業等	連絡先
			・	・		
			・	・		
			・	・		
			・	・		

クラブの利用予定（希望する区分に☑をしてください）

6 クラブ 利用内容	☐放課後児童クラブ フルタイム利用	☐月額15,300円(税込)
	☐ETPコース (小学校 新4年生-6年生)	☐週1コース 9,000円 (9,900円税込) ☐週2コース 11,000円(12,100円税込) 利用曜日 (週1コースの方はどちらかに○をお願い致します) 毎(水 ・ 金) 曜日
	土曜日の利用希望有無	有 ・ 無

児童の健康・生活のようす（該当事項を○で囲み、必要事項に記入してください。）

※この欄に記入した内容は利用選考に影響しません

治療中の病気	なし・あり	心臓疾患・ぜんそく・てんかん・アトピー性皮膚炎 ひきつけ・その他() かかりつけ医療機関 かかりつけ医療機関
日常的な服薬	なし・あり	薬の名前() ※クラブで薬の服用のお手伝いはできません。服薬時間については医師とご相談ください。
平熱		度 分
アレルギー	なし・あり	アレルギーの原因() アレルゲン検査(受けている・受けていない) エピペンの所持(している・していない) 学校給食の除去対応(している・していない) クラブのおやつ除去対応(希望する・希望しない)
家庭や学校での様子	家庭や学校での児童の様子(得意・苦手なこと、配慮が必要なこと等)	
学級	特別支援学級(知的・情緒) ・ 通常学級	
障がい等	なし・あり	(身体・療育・精神)手帳()級
		障がい名()
発達相談	児童の発達について相談をしている病院・専門機関名 ()	
	相談内容()	

申請者に同意いただく事項

- 次の内容を確認し、☐にチェックのうえ、署名をお願いします。
- ☐この利用申込書及び添付書類の記載内容は事実と相違ありません。内容に変更が生じた場合は速やかに所定の様式により届け出ます。
 - ☐児童の安全なクラブ利用のために、クラブが必要に応じて在籍した保育所や幼稚園、在籍する小学校等関係機関に個人情報の提供を求めることに同意します。
 - ☐放課後児童クラブの児童の送迎についてなどクラブのルールを守ります。
 - ☐利用料は期日までに支払いします。
 - ☐これらのことが守れない場合、または、利用の用件が失われた場合にはクラブの利用決定を取消されることに異存ありません。

申請者（保護者）署名 _____