

入 級 申 込 書 （令和8年度）

年 月 日

北栄町長 様

保護者 氏 名

住 所

氏 名

電 話

放課後児童クラブの入級につき次のとおり申し込みます。

記

ふりがな			性別	男・女	生年月日	年 月 日生	学校名	学年	小学校 年
児 童 名									
希望学級	・北条なかよし学級 ・大栄こども学級				入級を希望する理由				
通常利用	入 級 日	年 月 日		※新規の申込期限は入級日の2週間前までです		特別利用の希望 朝) 8時以前 夕) 18時以降		・利用する(朝 ・ 夕) ・利用しない (朝のみ:別途月額500円 ただし8月は1,000円) 夕のみ:別途月額1,000円 朝夕利用:別途月額1,500円 (ただし8月は2,000円))	
長期休暇 のみの利用	利用する 長期休暇	・春休み ・夏休み ・冬休み ※長期休暇ごとに申請が必要です							
・ 再入級 (再入級の場合、申込の1週間後から利用が可能です) 年度内の再入級の場合は○をしてください									
家族構成 ※実際に同居されている方をすべて記入してください。(世帯分離を含む)									
氏 名		続柄	年齢	職 業					
				勤 務 先		勤務時間			
						～			
						～			
						～			
						～			
						～			
						～			
申込にあたり、以下の要件にあてはまる場合は退級となることに同意します。(全てに☑を入れてください)									
☐ 児童クラブの運営に支障があると判断した場合									
☐ 利用料を滞納した場合									
☐ 集団での指導が困難と判断した場合									
(備考)									
※町記載欄 ☐ 台帳 ☐ システム ☐ スキャン ☐ メール									

児童健康等生活調査票

※入級後の生活を安心して過ごせるよう、詳しくご記入ください。

緊急連絡先 ※必ず連絡がつく 番号を記入	氏名	児童との続柄	電話番号（携帯・勤務先等）	
	①		自宅 ・ 携帯 ・ 勤務先 () —	
	②		自宅 ・ 携帯 ・ 勤務先 () —	
	③		自宅 ・ 携帯 ・ 勤務先 () —	
かかりつけ 病院	【内科】 電話番号： () —			
	【小児科】 電話番号： () —			
障がい等（発達障がい、疑いも含む）の 有無（ 有 ・ 無 ）			アレルギーの有無（ 有 ・ 無 ）	
身体障害者手帳（ 級）、療育手帳 A ・ B ※有の場合は症状・診断名・お預かりする上で必要なこと等を記入			※有の場合は具体的に記入	
			平熱	血液型
			度	型
その他（心配ごと、学級で配慮してほしいこと等があれば記入）				