

放課後児童クラブ利用申請書

年 月 日

（あて先）大崎市長

〒

保護者住所 _____

保護者氏名 _____

下記のとおり、令和7年度 放課後児童クラブを利用したいので申し込みます。

利用希望児童クラブ名		放課後児童クラブ			
利用希望児童	ふりがな 氏名	生年月日	小学校名	令和7年4月 現在の学年	
	①	年 月 日	学校	年生	
	②	年 月 日	学校	年生	
	③	年 月 日	学校	年生	
家庭の状況 ※利用希望児童以外の同居の 家族全員分を記入	ふりがな 氏名	続柄	勤務先・学校等 [電話番号]		
			[電話番号]		
			[電話番号]		
			[電話番号]		
			[電話番号]		
			[電話番号]		
利用形態	<input type="checkbox"/> 通年利用（利用期間 年 月 日から 年 月 日まで） （利用予定日 月・火・水・木・金・土）○で囲んでください。 <input type="checkbox"/> 長期休業中のみ利用（ 学年始・夏季・冬季・学年末 ）○で囲んでください。				
利用の理由	<input type="checkbox"/> 昼間留守家庭になるため <input type="checkbox"/> その他 _____)				
送迎する方	①	②	③	送り時間(学校休業日等)	午前 時 分頃
				迎え時間(放課後等)	午後 時 分頃
緊急連絡先	氏名(名称)	続柄	電話番号	備考	
	①				
	②				
	③				

家庭状況調査票

児童の状況

児 童 名	①	②	③
アレルギ-	なし・あり()	なし・あり()	なし・あり()
疾 病 等	なし・あり()	なし・あり()	なし・あり()
障 がい の 有 無	なし・あり(通常学級・支援学級) ↳障がい名()	なし・あり(通常学級・支援学級) ↳障がい名()	なし・あり(通常学級・支援学級) ↳障がい名()
手 帳 の 有 無	なし・身障・療育・精神・その他	なし・身障・療育・精神・その他	なし・身障・療育・精神・その他
発 達 に 関 す る 相 談	・相談したことがない ・相談したことがある (相談先:) (内 容:)	・相談したことがない ・相談したことがある (相談先:) (内 容:)	・相談したことがない ・相談したことがある (相談先:) (内 容:)
か かり つ け 病 院	内科() 外科()	内科() 外科()	内科() 外科()
薬 の 服 用	なし・あり() 服用状況(朝・昼・夕)	なし・あり() 服用状況(朝・昼・夕)	なし・あり() 服用状況(朝・昼・夕)
習 い 事 (曜 日・時 間)			
そ の 他	※児童クラブに伝えておきたいことをご記入ください。		