

（あて先）塩尻市長

〒

住所

氏名

塩尻市放課後キッズクラブを利用したいので、次のとおり申請します。

※該当する□にレ印を記入してください。

児童氏名	フリガナ	生年月日	平成 年 月 日	性別	男・女		
			( 歳 )				
※令和6年4月1日現在の年齢							
学校名 (令和6年度の学年)	小学校	連絡先	自宅電話				
	( 年 組 )		携帯電話(父)				
障がい者手帳等の有無	有・無		携帯電話(母)				
地区名・常会		出身の保育園・幼稚園					
施設名 (クラブ名)		利用期間	令和 年 月 から	令和 年 月 まで			
利用区分 (1・2のいずれか一方に記入してください。)	1 通年利用(月額)の場合				週 日		
	<input type="checkbox"/> 平日(月・火・水・木・金) <input type="checkbox"/> 長期休業 <input type="checkbox"/> その他の休業日(振替休業等)						
2 学校休業日利用(日額)の場合							
<input type="checkbox"/> 長期休業 <input type="checkbox"/> その他の休業日(振替休業等)							
利用時間	<input type="checkbox"/> 午後5時までの利用		迎への予定時間				
	<input type="checkbox"/> 午後6時までの利用						
世帯の状況	氏名	続柄	生年月日	年齢 R6.4.1現在	勤務先等の名称	勤務先等の電話番号	キッズクラブの利用
							<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 就学援助費受給世帯 <input type="checkbox"/> 市町村民税の所得割非課税世帯 <input type="checkbox"/> ひとり親家庭 <input type="checkbox"/> 第2子 <input type="checkbox"/> 第3子以降							

私は、必要な範囲において、放課後キッズクラブの利用者負担額の算定のために市町村民税課税資料その他の資料を職員が閲覧すること並びに児童の健全育成を図るために放課後キッズクラブでの生活状況等を学校教育課及び児童館職員が小学校、保育園等へ情報提供を行うことに同意します。

保護者等 氏名 印 氏名 印  
 氏名 印 氏名 印  
 氏名 印 氏名 印

(氏名を自署する場合、押印を省略することができます。)

..... 以下は記入不要です。 .....

減免率 (%)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> 100	利用料 (円)	<input type="checkbox"/> 日額			<input type="checkbox"/> 月額		
	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> 100		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> 100	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 500 <input type="checkbox"/> 1,000				
	<input type="checkbox"/> 150 <input type="checkbox"/> 200 <input type="checkbox"/> 300		<input type="checkbox"/> 1,500 <input type="checkbox"/> 2,000 <input type="checkbox"/> 3,000					

# 健康調査票

	連絡順位	氏名	児童との続柄	電話番号
緊急連絡先	緊急連絡先1			
	緊急連絡先2			
	緊急連絡先3			

\*必ず連絡のつく電話番号をご記入ください。

平常体温	℃		
常備薬	ない ある ( )		
療育手帳等	ない ある ( )		
	※療育手帳所有者、障がい者手帳所持者、特別児童扶養手当支給対象児童、 医師・児童相談所公的機関から上記児童と同等の程度を有していると認められた場合は、 「ある」に○を囲んでください		
健康状態	健康面で心配な点（ある場合記入）	ない ある ( )	
	ひきつけを起こしたことがある（原因及び頻度）	ない ある ( )	
	蜂に刺されたことがある（年齢及び蜂の種類）	ない ある ( )	
	脱臼をしたことがある（年齢及び部位）	ない ある ( )	
	食品アレルギー（ある場合はその食品名）	ない ある ( )	
	薬品アレルギー（ある場合はその薬品名）	ない ある ( )	
	その他のアレルギー	ない ある ( )	
その他	発達面で心配な点がある	ない ある ( )	
	児童館職員に知らせておきたいこと、配慮事項等		