

(あて先)

入間川放課後児童クラブ入室申込書兼児童台帳

シダックス大新東ヒューマンサービス株式会社

年 月 日

入間川放課後児童クラブへの入室について、次のとおり申込みます。

申込者

(主たる保護者)

住 所

氏 名

※主たる保護者 児童の生計・養育の中心者

入所希望年の前年1月1日の住所()

※転居予定のある方 転居予定日 年 月 日 転居先住所

電話	自宅	携帯(父)	携帯(母)
----	----	-------	-------

入室希望児童氏名 フリガナ	生年月日	性別	小学校名	令和 年度 年生
	年 月 日	男 女	小学校	

入室を希望する期間	年 月 日 から 年 月 日 まで
-----------	-------------------

入室を希望する理由 (該当番号に○)	1 保護者が就労しているため 2 保護者が就学しているため 3 保護者に疾病・障害があるため	4 保護者が介護を行っているため 5 その他 ()
-----------------------	--	----------------------------------

送迎	主な送者	主な迎者	方法	車・自転車・徒歩・その他()
----	------	------	----	-----------------

家族氏名(除く入室希望児童) フリガナ 主たる保護者	続柄	生年月日	年齢	性別	職業・学校	保育所・学童等	添付書類
			男・女				就労証明書 確約書 診断書 その他()
		年 月 日	歳				
フリガナ			男・女				就労証明書 確約書 診断書 その他()
		年 月 日	歳				
フリガナ			男・女				就労証明書 確約書 診断書 その他()
		年 月 日	歳				
フリガナ			男・女				就労証明書 確約書 診断書 その他()
		年 月 日	歳				
フリガナ			男・女				就労証明書 確約書 診断書 その他()
		年 月 日	歳				

祖父母の状況	父	祖父	有無	同居別居	住所氏名	年齢	歳	就労・無職・介護 疾病・他()
	母	祖母	有無	同居別居	住所氏名	年齢	歳	就労・無職・介護 疾病・他()
	母	祖父	有無	同居別居	住所氏名	年齢	歳	就労・無職・介護 疾病・他()
	母	祖母	有無	同居別居	住所氏名	年齢	歳	就労・無職・介護 疾病・他()

受付番号	2026年度-	受付	年 月 日	受理者印
------	---------	----	-------	------

※該当事項を○で囲み、必要事項を記入してください。

家庭状況							
		母親の状況		父親の状況			
働いている場合	事業所名(会社名等)						
	勤務先所在地						
	通勤経路	自宅→ →勤務先		自宅→ →勤務先			
	通勤時間	片道	時間	分	片道	時間	分
	通勤手段	電車・バス・車・バイク・自転車・徒歩		電車・バス・車・バイク・自転車・徒歩			
	単身赴任	している・していない		している・していない			
	※ 就労証明書を添付してください。求職中の方は確約書を添付してください。						
不存在	理由	・死亡・離婚・未婚・失そう・拘禁 ・離婚前提の別居・その他()		・死亡・離婚・未婚・失そう・拘禁 ・離婚前提の別居・その他()			
	発生時期	年月日(頃)から		年月日(頃)から			
	※ 失そう・拘禁・離婚前提の別居の場合は事実の判る書類を添付してください。						
病気・障害	病名・障害名						
	手帳の有無	有(手帳)(級)・無	有(手帳)(級)・無				
	状況	・入院(年月日から) ・自宅療養・通院通所(月・週に回)		・入院(年月日から) ・自宅療養・通院通所(月・週に回)			
	病院名・施設名						
	※ 診断書または障害者手帳の写し等、状況の判る書類を添付してください。						
介護	介護を受ける人	続柄()		続柄()			
	病名・障害名						
	要介護認定等の有無	有(要支援・要介護)・無	有(要支援・要介護)・無				
	状況	在宅	・全介護・一部介護・要観察		・全介護・一部介護・要観察		
		通所	週日、日中	時間を要する	週日、日中	時間を要する	
		通院	病院名・施設名()		病院名・施設名()		
※ 介護を受けている方の診断書または障害者手帳の写し等、状況の判る書類を添付してください。							
就学	学校名						
	就学期間	年月日～年月日	年月日～年月日				
	※ 学生証と授業のカリキュラムの写し等を添付してください。						
出産	出産予定期	年月日	産休	有	年月日まで		
	育児休業(予定期)	有年月日まで(取得予定期)	・無				
	※ 母子健康手帳の表紙および出産(分娩)予定期記載ページの写しを添付してください。						
2人以上申込みの場合(どちらかに○をつけてください。)							
1	定員に2人以上の空きがあり、兄弟・姉妹同時に入室できる時のみ入室したい。	2	定員に1人分しか空きがない場合、児童1人でも入室させたい。				

※該当番号○を付けた上、□でチェックまたは、必要事項を記入してください。

現在の保育の状況		
	入室申込児童	他の児童（就学前の児童）
1 児童のみで過ごしている。	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
2 保護者が保育している。 父・母	<input type="checkbox"/> 就労予定の保護者が保育 <input type="checkbox"/> 居宅内で就労の保護者が保育 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 就労予定の保護者が保育 <input type="checkbox"/> 居宅内で就労の保護者が保育 <input type="checkbox"/> その他（ ）
3 保護者以外が保育している。	氏名	氏名
	保護者との関係	保護者との関係
	保育場所	保育場所
4 保育所・家庭保育室・幼稚園・勤務先の保育施設に預けている。	施設名	施設名
	<input type="checkbox"/> 所在地・狭山市 <input type="checkbox"/> 狭山市以外（ ）	<input type="checkbox"/> 所在地・狭山市 <input type="checkbox"/> 狭山市以外（ ）
※入室審査に係る書類として、在籍していることが判る書類の提出を求める場合があります。		
5 学童保育室に預けている。	<input type="checkbox"/> 狭山市 <input type="checkbox"/> 狭山市以外（ ）	<input type="checkbox"/> 狭山市 <input type="checkbox"/> 狭山市以外（ ）
6 その他（具体的状況）		

申込み児童の健康状態

※下記のいずれかにあてはまる場合、診断書の提出をいただくことがあります。

継続的に治療中の病気はありますか？			
1	治療中の病気	アトピー、ぜんそく、心臓疾患など	治療状況 (治療内容、月の通院回数など)
	医療機関名		
使用している薬 ある（1日 回・薬の種類）・ない			
2	心身に障害がありますか？ 【 ある ・ ない 】 障害名（ ） 手帳の有無 ある（種類 ）・ない		
3	食物アレルギーがありますか？ 【 ある ・ ない 】 制限する食品（ ） 医師の診断 ある・ない 症状（ ）		
4	行動や発達等で、気になるところがありますか？ 【 ある ・ ない 】 相談しているところがありますか？ 機関名・施設名（ ） 内容等（ ）		
5	放課後児童クラブ入室に当たり、健康状態等で気になることがありましたらご記入ください。		

その他（いずれかに必ず○をつけてください）

延長保育の利用希望（長期休業時の朝）	あり・なし
延長保育の利用希望（放課後）	あり・なし
土曜保育の利用希望	あり・なし

写真掲載について

※放課後児童クラブのお便りやホームページ等で児童の写真を掲載する場合があります。掲載をしても大丈夫でしたら「掲載可」掲載不可の場合は「掲載を希望しない」に○をしてください。

掲載可・掲載を希望しない

同 意 書

(あて先) シダックス大新東ヒューマンサービス株式会社 年 月 日

以下の事項に同意のうえ、入間川放課後児童クラブへの入室について申込みます。

- 1 入間川放課後児童クラブ入室申込書の記載事項に虚偽があった場合には、
申込みが無効になること。
- 2 この申込みにより市が保有する個人情報を確認・利用すること。
- 3 保育料等は、納期限までに納付すること。

主たる保護者

自宅から入間川放課後児童クラブへの経路（地図の添付も可）

※以下記入不要です。

シダックス大新東ヒューマンサービス担当者記入欄

年 月 日 担当	年 月 日 担当
----------	----------