

# 記入例

様式第1号(第5条関係)

放課後児童健全育成事業利用申請書

令和●年 ●月 ●日

湯沢市長 様

※押印は不要です。

保護者 住所 〒012-8501

湯沢市佐竹町1番1号

氏名 湯沢 太郎

連絡が取りやすい順に  
緊急時にすぐ連絡がとれる  
番号を記入ください。

緊急連絡先① 090-0000-1122

自宅・父・母・( )

緊急連絡先② 080-1111-2233

自宅・父・母・( )

「利用希望日」は、実際の利用  
予定に沿って記入してくださ  
い。変則の場合は、その他欄に  
具体的に記入ください。

(ふりがな) 児童氏名	ゆざわ いちろう 湯沢 一郎	生年月日	平成●年●月●日			
学 校 名	●●●小学校 2年					
利用希望クラブ	第1希望 ( ●●児童クラブ ) 第2希望 ( ●●児童クラブ ) 第3希望 ( ●●児童クラブ )					
利用希望期間	利用開始 令和6年 4月 1日 から 終了 令和7年 3月31日まで					
利用希望日	<input checked="" type="checkbox"/> 月 <input checked="" type="checkbox"/> 火 <input checked="" type="checkbox"/> 水 <input checked="" type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 (週 4日利用) <input checked="" type="checkbox"/> 長期休業日 ( <input checked="" type="checkbox"/> 春休み <input checked="" type="checkbox"/> 夏休み <input checked="" type="checkbox"/> 冬休み) (週 4日利用) <input type="checkbox"/> その他 ( )					
利用児童の 情報	障がい手帳等の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当				
	アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有→ ( 卵、牛乳 )				
	その他特記事項	ぜんそく治療中。風邪をひきやすい				
利用希望の 理由	父	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 障がい・疾病 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 職業訓練 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業中の既クラブ利用児童の利用 <input type="checkbox"/> その他				
	母	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 障がい・疾病 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 職業訓練 <input type="checkbox"/> 出産前後 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業中の既クラブ利用児童の利用 <input type="checkbox"/> その他				
	家族	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 障がい・疾病 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 職業訓練 <input checked="" type="checkbox"/> その他 ( 祖父 足に障がいあり デイサービス利用中 )				
同居家族の 状況	氏名	続柄	生年月日	障がい	勤務先・学校名	電話番号
	湯沢 太郎	父	S●年●月●日	有・ <input type="checkbox"/> 無	(株)●●工業	73-2222
	湯沢 花子	母	S●年●月●日	有・ <input type="checkbox"/> 無	(株)●●センター	72-3333
	湯沢 一子	妹	H●年●月●日	有・ <input type="checkbox"/> 無	●●保育園	-
	湯沢 八郎	祖父	S●年●月●日	有・無		-
	湯沢 はな	祖母	S●年●月●日	有・ <input type="checkbox"/> 無	●●店(パート)	55-6666
該当・適用されている世帯	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯					

第3希望まで記入ください。

アレルギーや健康状  
態など具体的に記入  
ください。

住民票が別世帯でも同居  
する家族全員を記入く  
ださい。

該当する場合はチェックください。