

令和8年度 森の子児童クラブ入会申込書

令和 年 月 日

(宛先) 江別市長

〒 _____
申 込 者 住 所 _____
(保 護 者)
氏 名 _____ (続柄)
電 話 _____ ()

※世帯主である必要はありません。ご記入いただいた保護者様に今後の連絡や通知を行います。

森の子児童クラブの入会について、関係書類を添えて申し込みます。

入 会 希 望 月 日	令和 年 月 日
申 込 み 理 由	☐ 保護者及び保護者に準ずる者が、昼間仕事等のため家庭にいない。 ※週3日以上就労し、14時以降まで勤務していること（日曜日は含めない） ☐ 保護者及び保護者に準ずる者が、病気又は看護等のため 長期にわたって昼間児童を監護することができない。 ☐ その他 ()

兄 弟 姉 妹 の 申 込 み	☐ なし ☐ あり	※兄弟姉妹の申込みがある場合、氏名・学年（新年度）をご記入ください。	
		氏名： (新 年生)	氏名： (新 年生)
※以下は、兄弟姉妹の申込みが「あり」の方のみご記入ください。			
定員超過等により兄弟姉妹の全員が入会できない場合の希望について、ア～ウのいずれかに☑をしてください。			
☐ ア 入会できる児童だけでも入会を希望する。			
☐ イ 全員が入会できるようになるまで待機する。			
☐ ウ その他 ()			

入 会 児 童	フリガナ		性 別	生 年 月 日	
	児 童 氏 名		☐ 男 ☐ 女	平成 年 月 日	
	学 校 名	小学校 新 年生 (令和8年4月時点)			

保 護 者 及 び 同 居 の 親 族	氏 名	続 柄	年 齢	勤務先・学校・学年(新年度)・保育園等	
	フリガナ				
	フリガナ				
	フリガナ				
	フリガナ				
	フリガナ				
	フリガナ				

緊 急 連 絡 先	※児童が体調を崩したときやけがをしたとき等にご連絡します。				
	優先順位	氏 名	続 柄	電 話	備 考
	1	フリガナ		()	☐ 職 場 ☐ 自 宅 ☐ 携 帯
	2	フリガナ		()	☐ 職 場 ☐ 自 宅 ☐ 携 帯
	3	フリガナ		()	☐ 職 場 ☐ 自 宅 ☐ 携 帯

入 会 希 望 先 (参 考) ※民間児童クラブへは別途申込みが必要 です。	クラブ名	希望順位	【記載要領】 ・第1希望から順に、数字で「1」「2」…と記入してください。 ・希望順位は参考にご記入いただくもので、入会審査には一切影響しません。(本申込みでは他クラブへの申込みはできません) ・申込み状況について、民間児童クラブに開示する場合がありますので予めご了承ください。
	森の子児童クラブ		
	その他 ()		

保護者等について	父の状況	同居の有無	☐ 同居 ☐ 単身赴任 ☐ 離婚・死別 ☐ その他（ ）						
		就労等の状況	☐ 就労 ☐ 就学 ☐ 求職活動 ☐ 疾病・負傷 ☐ 障がい ☐ 看護・介護 ☐ 災害等 ☐ その他（ ）						
		通勤・通学等の時間	時間 分（片道）						
		通勤・通学等の方法	☐ 徒歩 ☐ 車 ☐ JR ☐ バス ☐ その他（ ）						
	母の状況	同居の有無	☐ 同居 ☐ 単身赴任 ☐ 離婚・死別 ☐ その他（ ）						
		就労等の状況	☐ 就労 ☐ 就学 ☐ 求職活動 ☐ 疾病・負傷 ☐ 障がい ☐ 看護・介護 ☐ 災害等 ☐ その他（ ）						
		通勤・通学等の時間	時間 分（片道）						
		通勤・通学等の方法	☐ 徒歩 ☐ 車 ☐ JR ☐ バス ☐ その他（ ）						
	祖父母の状況	※年齢は入会希望年度の4月1日時点、住所は別居の場合にご記入ください。							
		父方祖父	住所：（ ）歳						
		（ ）歳	☐ 就労 ☐ 無職 ☐ 疾病・負傷 ☐ 要介護 ☐ 離婚・死別 ☐ その他（ ）						
		父方祖母	住所：（ ）歳						
		（ ）歳	☐ 就労 ☐ 無職 ☐ 疾病・負傷 ☐ 要介護 ☐ 離婚・死別 ☐ その他（ ）						
		母方祖父	住所：（ ）歳						
	（ ）歳	☐ 就労 ☐ 無職 ☐ 疾病・負傷 ☐ 要介護 ☐ 離婚・死別 ☐ その他（ ）							
	母方祖母	住所：（ ）歳							
（ ）歳	☐ 就労 ☐ 無職 ☐ 疾病・負傷 ☐ 要介護 ☐ 離婚・死別 ☐ その他（ ）								
入会児童について	就学前の状況		☐ 保育園・幼稚園（園名： ） ※いずれか該当する方に○印を記入ください。（通常保育 ・ 個別支援保育） ☐ 在宅						
	就学の状況		☐ 普通学級 ☐ 特別支援学級						
	就学後の状況 ※新1年生を除く		☐ 放課後児童クラブ（クラブ名： ） ☐ 在宅						
	血液型		型 RH + -						
	かかりつけの病院		☐ あり（病院名： ） 電話：（ ） ☐ なし						
	今までにかかったことのある病気		☐ 麻疹（ ）歳 ☐ 水ぼうそう（ ）歳 ☐ おたふく（ ）歳 ☐ 風疹（ ）歳						
	アレルギーについて		☐ あり（該当食べ物等： ） ☐ なし						
	心身障がいについて		☐ あり（種類：身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳） （等級等： ）種 級（A・B） ☐ なし						
	通所受給者証について （児童発達支援・放課後等デイサービス）		☐ 持っている（利用事業所名： ） ☐ 持っていない						
	放課後児童クラブの利用（予定）曜日		☐ 月 ☐ 火 ☐ 水 ☐ 木 ☐ 金 ☐ 土						
	帰宅時間等について	徒歩の場合	放課後児童クラブを出る時間			時 分ごろ			
			放課後児童クラブから自宅までの所要時間			時間 分			
		お迎えの場合	放課後児童クラブを出る時間			時 分ごろ			
	職場から放課後児童クラブまでの所要時間			時間 分					
			お迎えに来られる方 ☐ 父 ☐ 母 ☐ その他（氏名： ） 続柄：（ ）						
習い事について	習い事	曜日	習い事開始時間	児童クラブの出入	児童クラブを出る時間	備考			
			時 分	☐ 出席 ☐ 欠席	時 分				
			時 分	☐ 出席 ☐ 欠席	時 分				
			時 分	☐ 出席 ☐ 欠席	時 分				