第1号様式(第4条関係)

**韮崎市放課後子ども教室入会申請書**

　　　年　　月　　日

　(宛先)韮崎市教育委員会

保護者　住所

氏名

電話番号

　次の事項に同意・誓約のうえ、放課後子ども教室の入会を申請します。

１．放課後子ども教室の利用に当たり、利用料免除の確認のために住民基本台帳及び課税台帳等、関係資料を閲

覧されることに同意します。

　２．児童が疾病等の理由により集団生活に適さない又は運営上支障があると認められるとき、及び虚偽の申請や

　　　違反があったときは、利用の制限や許可の取消し等を受けても異議を申し立てないこと、並びに利用料の納

　　　付期限を厳守し納付すること及び施設外における事故等について一切責任を問わないことを誓約します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 入会児童 | | フリガナ | |  | | 性別 | 保護者  との続柄 |  |
| 氏名 | |  | | 男・女 |
| 生年月日 | | 年　　　月　　　日　生 | | | 現所属  園名  ※新1年生のみ記入 | 保育園  幼稚園 |
| 学校名・学年 | | 韮崎市立　　　　小学校　　　年　　　組 | | |
| 保護者の状況 | 続柄 | | | 勤務先名（所属） |  | | | |
|  | | | 勤務先住所 |  | | | |
| 氏名 | | | 勤務先電話番号 |  | | | |
|  | | | 勤務日・時間 |  | | | |
| 続柄 | | | 勤務先名（所属） |  | | | |
|  | | | 勤務先住所 |  | | | |
| 氏名 | | | 勤務先電話番号 |  | | | |
|  | | | 勤務日・時間 |  | | | |
| 主なお迎えの方 | | |  | | お迎えの時間 | |  | |
| 入会希望期間 | | | 年　　　月　　　日～　　　年　　　月　　　日 | | | | | |
| 利用区分 | | | １　年間利用（月額会員）　　　　　２　１日利用（一時利用） | | | | | |
| 利用希望日 | | | １　平日　　　　　　　　　　　　　２　長期（夏・冬・春）休み | | | | | |

※これより下は記入しないでください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 課長 | 課長補佐 | | リーダー | 担当者 | |
|  |  | |  |  | |
| 調査・  決定 | 減免の可否及び事由 | | | 可・否 | (事由)  　□　ひとり親家庭である  　□　同一世帯に障害を有する者がいる  　□　生活保護世帯である  　□　住民税が非課税である |
| 添付書類 | | 障害者手帳・療育手帳の写し（該当者氏名　　　　　　　　　　　　　　　続柄　　　　　） | | | |

**放課後子ども教室入会者調査票**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 男・女 | 学年 | 地区名 |  |
| 児童氏名 |  | 年 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 家族構成（同居） | 続柄 | 氏名 | 年齢 | 勤務先名、学校名・学年 | 携帯電話番号 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 迎えに来る方 |  | |
| 氏名 | 児童との続柄 | 同居家族以外の場合は住所・電話番号 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 緊急連絡先 | |  | | | |
|  | 氏名 | | 続柄 | 勤務先／携帯区分 | 電話番号 |
| 最初に連絡する人 |  | |  |  |  |
| 上記が不在の場合 |  | |  |  |  |
| 上記が不在の場合 |  | |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| その他特記事項 |  |
| 平熱　　　　　　℃ | ※児童の健康状態(アレルギー・疾病等)、生育状況等、特に留意すべき事項等がありましたら記入してください。 |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |