

様式第1号(第8条関係)

児 童 ク ラ ブ 利 用 申 請 書

令和 年 月 日

石 川 町 長 様

〒963-78

保護者 住 所 石川町大字 字

フリガナ
氏 名
電 話

下記により申請します。

フリガナ				性別	生年 月日	平成 年 月 日
児童氏名				男・女		
学校名・学年		石 川 小 学 校 新 学年				
氏 名		続 柄	生 年 月 日		職業(勤務先)・学校(新)学年	
児 童 の 世 帯 員 同 居 者						
登 録 の 理 由	(保護者)	☐ 就労 ☐ 妊娠等 ☐ 疫病・障がい ☐ 介護 ☐ その他()				
	(配偶者)	☐ 就労 ☐ 妊娠等 ☐ 疫病・障がい ☐ 介護 ☐ その他()				
家庭の状況 ※該当の場合チェック		☐ ひとり親 ☐ 離婚 ☐ 死別 ☐ 未婚			☐ 別居 ☐ 調停 (証明書 ☐ 有 ☐ 無)	
土曜日も利用したい。(利用したい方は、左に✓チェックマークをつけてください。)						
意見や要望がある場合には、ご記入をお願いいたします。						

(裏面へ続きます)

(裏面) 様式第1号その2 家庭調査票

令和 年 月 日現在

フリガナ 児童氏名				血液型	型		
保護者連絡先電話番号（確実に連絡の取れる順に記載してください）							
第1 _____ 父携帯・母携帯・父勤務先・母勤務先・自宅・その他（ ）				第2 _____ 父携帯・母携帯・父勤務先・母勤務先・自宅・その他（ ）			
	勤 務 先	電 話 番 号	帰 宅 時 間	土曜日の勤務状況			
父							
母							
児童の健康保険証記号番号				かかりつけ医療機関名			
健康状況 1. 今までにかかった病気について○印をつけてください。 水痘 耳下腺炎 麻疹 百日咳 風疹 その他（ ） 2. 今までに予防接種を受けているものに○印をつけてください。 水痘 耳下腺炎 麻疹 三種混合 風疹 BCG その他（ ） 3. 児童の健康状態 <u>気になるところ等記載してください。</u> （ ※例：良好 ）							
迎えの時間	時 分頃	主に 迎えに来る 者	☐ 父 ☐ 母 ☐ 祖父 ☐ 祖母 その他（ ）				
特記事項（児童について連絡の事項があったら記入してください。）							
		氏名	居住状況	年齢	就労	住所と電話（別居の方のみ記載）	
祖 父 母 の 状 況	父 方	祖 父	☐ 同 ☐ 別	歳	☐ 有 ☐ 無		
			※就労有の場合	勤務先		勤務時間	: ~ :
		祖 母	☐ 同 ☐ 別	歳	☐ 有 ☐ 無		
			※就労有の場合	勤務先		勤務時間	: ~ :
	母 方	祖 父	☐ 同 ☐ 別	歳	☐ 有 ☐ 無		
			※就労有の場合	勤務先		勤務時間	: ~ :
		祖 母	☐ 同 ☐ 別	歳	☐ 有 ☐ 無		
			※就労有の場合	勤務先		勤務時間	: ~ :

※別世帯でも同一の敷地内に住んでいる場合は同居に✓を入れてください。