

令和7年度岡山市立放課後児童クラブ入所申請書

令和 年 月 日

岡山市長様

(保護者) 〒 -

住所 _____

(転居予定の場合) 転居予定日：令和 年 月 日

〒 -

新住所 _____

氏名 _____

利用ガイドの内容を理解し、児童クラブの入所を希望しますので、次のとおり申請します。

あわせて、本申請書記載の情報を児童クラブの活動に必要な範囲内において小学校・関係機関へ提供することに同意します。なお、この申請書に虚偽の記載があった場合は、入所の許可を取り消されても異議はありません。

1 児童について

フリガナ		性別	生年月日	平成 年 月 日
児童の氏名			小学校 (学園) 名	小学校 (学園)
入所を希望する児童クラブ名	小学校 (学園) 児童クラブ			
利用希望期間 ※通年利用か期間限定利用か選択し、通年利用であれば希望開始日を記入、期間限定利用であれば希望期間を選択してください。	<input type="checkbox"/> 通年利用	令和 年 月 日～		
	<input type="checkbox"/> 期間限定利用 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 春休み (4月) <input type="checkbox"/> 夏休み (7・8月) <input type="checkbox"/> 冬休み (12・1月) <input type="checkbox"/> 春休み (3月)		
延長利用(午後6時～午後7時)の同時申請	する ・ しない			

2 保護者について

フリガナ		入所希望事由 ※下記より事由番号を1つ選んでください。	
保護者氏名 (父)			
フリガナ		入所希望事由 ※下記より事由番号を1つ選んでください。	
保護者氏名 (母)			
連絡先 ※日中連絡がつく順に記入ください。	1	〒 -	2
		<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 父携帯 <input type="checkbox"/> 母携帯 <input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 父携帯 <input type="checkbox"/> 母携帯 <input type="checkbox"/> ()

※入所希望事由

①就労 ②妊娠・出産 ③疾病等 ④介護又は看護 ⑤災害 ⑥就学等 ⑦社会的養護 ⑧その他 ()

※「⑧その他」の場合は事由を () 内に記入ください。

※選択した事由に基づき優先順位付けの基準点が決定されます。利用ガイド内の入所点数表の区分、状況及び点数を参考にしてください。

3 その他の事由について

下記の①～③について該当するものを選択してください。※は優先順位付けの加算点に反映されます。	
※①児童の学年 (令和7年4月1日時点)	1年生 ・ 2年生 ・ 3年生 ・ 4年生 ・ 5年生 ・ 6年生
※②世帯の構成	父母 ・ 父子 ・ 母子 ・ その他 () ※父母は内縁, 事実婚を含む。母子・父子は離婚調停中の家庭を含む。
ひとり親世帯の場合は、 該当する添付書類にチェックをしてください。 (事実婚・離婚協議中の方は除きます)	<input type="checkbox"/> 戸籍全部事項証明書(3か月以内のものに限る) <input type="checkbox"/> 児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> 児童扶養手当支給停止通知書 <input type="checkbox"/> 遺族年金受給者証 <input type="checkbox"/> ひとり親家庭等医療費受給資格証 <input type="checkbox"/> 事件係属証明書等(離婚調停中のみ)
離婚協議中の場合	<input type="checkbox"/> 保護者が不存在とわかる書類(住民票等) } ※どちらも必要です <input type="checkbox"/> 申立書
申請児童の保護者の同性 パートナーが申請を行う 場合	<input type="checkbox"/> パートナーシップ宣誓書受領証等
※③障害の有無	障害を有する ・ 障害を有しない
児童が障害を有する場合は、 該当する添付書類に チェックをしてください。	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 通所受給者証 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 自立支援医療受給者証 <input type="checkbox"/> 医師の診断書 <input type="checkbox"/> 医師の意見書 <input type="checkbox"/> その他 ()
児童が医療行為を必要とする場合は、その内容を 記載してください。	

担当者記入欄

保護者①	保護者②	学年	世帯	障害	就労先	計