

放課後児童クラブ利用許可申請書

年 月 日

指定管理者
株式会社明日葉
さくら市氏家児童センター 様

(申請者) 住 所 さくら市
氏 名
電話番号 ()

放課後児童クラブの利用について次のとおり申請いたします。

区分	氏名	続柄	生年月日	性別	職業 (現学校・ 現学年)	備考 (両親の勤務先・ 電話番号等)
ふりがな 利用児童		本人	. . .			
家族の 状 況			. . .			
			. . .			
			. . .			
			. . .			
			. . .			
			. . .			

土曜保育 (2,000円増額)	1 利用する 2 利用しない
延長保育 (午後6時30分～午後7時30分まで)	1 利用する 2 利用しない

利用する理由《該当する番号を○で囲む》

- 1 就労しているため、昼間家庭に保護者（祖父母等含む。）がない。
- 2 保護者が長期療養（産前産後含む）のため、昼間児童の世話ができない。
- 3 その他（1～2に該当しない場合） ※具体的に記入して下さい。

緊急連絡票

※令和8年4月より		年生	クラス	記入年月日	令和	年	月	日	現在
ふりがな				性別・生年月日	男・女	平成 令和	年	月	日
児童名									
緊急連絡先（つながる順番で最低3つご記入ください）									
順番	氏名	続柄	連絡先						
1			自宅・携帯・勤務先						
2			自宅・携帯・勤務先						
3			自宅・携帯・勤務先						
※上記以外でお迎えに来る方									
順番	氏名	続柄	連絡先						
1			自宅・携帯・勤務先						
2			自宅・携帯・勤務先						
3			自宅・携帯・勤務先						
健康管理 ※かかりつけ医があれば、ご記入ください				※健康上注意が必要なこと等、心配なことがありましたらご記入ください。					
小児科		TEL							
歯科		TEL							
外科		TEL							
眼科		TEL							
				お子様の平熱 °C					

※本書は放課後児童クラブ関係で、緊急時等に使用します。

アンケート

氏家小放課後児童クラブ

新 年生 児童名

※新年度4月より放課後児童クラブをご利用する開始日をご記入ください。

新1年生

- 1 令和8年4月1日（水）から利用する。
- 2 入学式翌日より利用する。
- 3 その他 令和8年 月 日（ ）より利用する。

新2年生以上

- 1 令和8年4月1日（水）から利用する。
- 2 始業式より利用する。
- 3 その他 令和8年 月 日（ ）より利用する。

さくら市氏家児童センター
児童名

就 労 証 明 書

令和 年 月 日

指定管理者

株式会社明日葉

さくら市氏家児童センター長 様

事業所の所在地：

名 称：

事業主又は雇主等：

印

電 話 番 号：

以下のとおり証明します。

住 所			
氏 名			
勤務内容	該当に○	常勤 パート 内職 その他 ()	
	仕事の種類	(どんな仕事をしているか)	
就業先	該当に○	会社 工場 自宅 その他 ()	
	住所等	電話番号 - -	
1日の労働時間	時 分 ~ 時 分	1日平均	時間
勤務日数	1ヵ月平均 日	出勤日	月 火 水 木 金 土 日
仕事を始めた日	年 月 日~		
備考			

*この証明書は、放課後児童クラブ入所申請に使用するものである。

自 営 等 申 告 書

令和 年 月

指定管理者
株式会社明日葉
さくら市氏家児童センター長 様

下記のとおり従事していることを申告します。

氏名	児童との続柄 父・母・祖父・祖母・その他 ()		
就業場所	住所		電話 ()
就労時間	午前・午後 時 分 ~	午前・午後 時 分	1日平均 時間
就労日数	1ヶ月平均 日	月・火・水・木・金・土・日・祝日 (就労する曜日を○で囲む)	
仕事の種類	農業・自営業・家族介護・疾病・出産・その他		
仕事の内容・子どもの面倒を見られない理由を詳細に記入する。 (耕作面積、事業所名、介護者名(続柄)、病名、出産予定日等は必ず記載すること。) 			

*自営業等は自主申告となっておりますが、申告後の調査等により事実と相違する場合には、入
できない場合もありますので注意してください。

令和8年度放課後児童クラブ自主申告書

氏家小放課後児童クラブ
児童氏名

この申告書は、令和8年度における放課後児童健全育成事業（放課後児童クラブ）の自主申告書となっておりますので正確にお答えください。

* 放課後児童クラブを利用する際に心配なこと（障がいや疾病等）や、職員に知ってほしいことをなんでもご記入ください。

（お子様を安全にお預かりするために必要なもので、この欄に記入があったことを理由にお断りすることはございませんが、入所前にお話合いの機会を設けさせていただく場合があります）

※該当する数字を○で囲んでください。（以後同じ）

1 障がいあるいは疾病がある（各称等その状況を詳細に記入してください）

2 特にない

3 職場から氏家児童センターまでの移動時間

父	時間	分
母	時間	分
その他	時間	分

以上のとおり回答（自主申告）いたします。

令和 年 月 日

保護者名

印

連絡先（自宅☎）

携帯電話☎

指定管理者
株式会社明日葉
さくら市氏家児童センター
センター長

さくら市放課後児童健全育成事業（放課後児童クラブ）保育料減免申請書

令和 年 月 日

指定管理者
株式会社明日葉
さくら市氏家児童センター長 様

保護者 住所

氏 名 ⑩

下記のとおり児童の放課後児童クラブ保育料を減額されるよう申請します。

記

1. 児童氏名 _____
(生年月日：平成 年 月 日)

2. 保育会名 _____ 小放課後児童クラブ

3. 理 由 ①生活保護家庭のため。 ②ひとり親家庭のため。
(いずれの場合も証明となるものを添付してください。)
(②の場合は、ひとり親家庭医療補助受給証（写し）を添付願います。)

児童保育料減免申請にかかる決定通知書

令和 年 月 日

様

指定管理者
株式会社明日葉
さくら市氏家児童センター
センター長

この度申請のあった放課後児童クラブ保育料の減免について、次のとおり決定しましたので通知します。

記

1. 保育料を無料とする。
2. 保育料の2分の1を減額する。

児童氏名 _____
(生年月日：平成 年 月 日)

減免開始月： 令和 年 月から。 月保育料金額 円

3. 減免しない。
(理由)

1. 今まで食物アレルギーの症状が出たことはありますか。 (はい ・ いいえ)

2. 医師の診断について

* 医師の診断を受けたことがありますか。 (はい【病院名 ()】 ・ いいえ)

* 医師の最終診断はいつですか。 (年 月 日)

* 医師からの書面での証明はありますか。 (はい ・ いいえ)

(診断書 ・ 食事指示書 ・ 各種検査結果表 ・ その他【受診したことが分かる書類等】)

3. アレルギーの状況について記入してください。

アレルギー (該当するものすべて記入)	卵・乳・小麦・大豆・ナッツ・甲殻類・果物 その他 ()
原因食品を食した時に現れる症状 (具体的に記入、また一番最近の症状が出た時期も記入)	

* アナフィラキシーショックを起こした経験がありますか。

(はい【 年 月頃 ()歳】 ・ いいえ)

* アドレナリン自己注射薬を医師から処方されていますか。

(はい【 年 月頃 ()歳】 ・ いいえ)

4. 家庭で食事の状況について記入してください。

※該当するものに○をつけ、それ以外は具体的に記入してください。

ア 全く食べさせていない。

イ 加工食品等わずかに入っているものだけ食べさせている。

ウ 本人の体調によって除去している。

エ 本人が除去して食べている。

オ その他 ()

その他のアレルギーについて

※気管支喘息、アトピー性皮膚炎、花粉症 等

1. その他のアレルギーについて、今までに症状が出たことはありますか。

(はい ・ いいえ)

2. 医師の診断について

* 医師の診断を受けたことがありますか。 (はい ・ いいえ)

* 医師の最終診断はいつですか。 (年 月頃)

* 医師からの書面での証明はありますか。 (ある ・ ない)

(診断書 ・ 食事指示書 ・ 各種検査結果表 ・ その他【受診したことが分かる書類等】)

3. アレルギーの状況について記入してください。

疾病名 (あれば記入)	・気管支喘息 ・アトピー性皮膚炎 ・アレルギー性結膜炎 ・アレルギー性鼻炎
現れる症状 (具体的に記入)	・通年性 ・季節性(花粉症) ※時期：春・夏・秋・冬

* アナフィラキシーショックを起こした経験がありますか。

(はい【 年 月頃 ()歳】 ・ いいえ)

* アドレナリン自己注射薬を医師から処方されていますか。

(はい【 年 月頃 ()歳】 ・ いいえ)

4. 薬の服用や症状に対する学校での対応について記入してください。