**放課後児童クラブ用**

**申　　立　　書**

**下呂市長　様**

**下記の事情により、放課後児童クラブへ入部を申請します。　　　　　　　　　　年　　　月　　　日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申立者氏名 |  | 児童との続柄 | | | 父・母・祖母・祖父・  その他（　　　　　） | | | | |
| 住　　　所 |  | | | | | | | | |
| 児　童　名 |  | 生年月日 | | | 年　　　月　　　日 | | | | |
| **妊娠・出産の場合**  **（母子手帳の写し等を添付してください）** | | | | | | | | | |
| 出産予定日 | 年　 　月　 　日 | | | | | | | | |
| 出産後の就労予定 | 無　・　有　　　　　　　　　　年　　月　　日　　見込み | | | | | | | | |
| **病気・けがの場合（診断書の写し等、病気、けがの状況のわかる書類を添付してください）** | | | | | | | | | |
| 病名・けが名 |  | | | | | | | 入院・通院・自宅療養 | |
| 病院名と所在地 |  | | | | | | | | |
| 入院・通院の期間 | 年　 月　 日　 から　　　　 　年 　 月 　 日まで | | | | | | | | |
| 通院日数等 | 月平均（　　　）日・週平均（　　　）日、おおむね（　　　）曜日 | | | | | | | | |
| **心身障害の場合（障害者手帳の写し等、事情や状況のわかる書類を添付してください）** | | | | | | | | | |
| 手帳の有無 | 無　・　有 | | | | | | | | |
| 有りの場合 | 障害名（　　　　　　　　　　　　　　　）（　　　　　級　　　　判定） | | | | | | | | |
| **家族の介護・看護の場合**  **（診断書・手帳の写し等を添付してください。別居している方を介護・看護している場合は、その他にその理由をお書きください）** | | | | | | | | | |
| 介護・看護を必要  とする方の氏名住所 |  | | | 児童との続柄 | | | 父・母・祖母・祖父  その他（　　　　 　） | | |
| 病名又は病状等 |  | | | | | | 入院・通院・自宅療養 | | |
| 手帳の有無 | 無　・　有　　障害名　（　　　　　　　　）（　　　　　級　　　　判定） | | | | | | | | |
| 要介護認定の有無 | 無　・　有　　要介護度（　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 入院・通院先の  病院名と所在地 |  | | | | | | | | |
| 介護・看護に要する日数・時間 | 月平均（　　　　）日　・　１日平均（　　　　）時間 | | | | | | | | |
| **通学の場合（在学証明書の写しを添付してください）** | | | | | | | | | |
| 学　校　名 |  | | 所在地 | | |  | | | |
| 電話番号 |  | | 通学時間 | | | 片道（ 　）時間（　 ）分 | | | |
| 通学日等 | 週（　　）日間 ・ 1 日平均（　　 ）時間 | | | | | | | | |
| 卒業見込 | 年　 　月　　日まで | | | 卒業後の就労予定 | | | | | 有 ・ 無 |
| **その他の理由の場合（詳細を記入のうえ、事情や状況のわかる書類の写しを添付してください）** | | | | | | | | | |