

入会理由(就労・自営業以外)申告書

放課後児童クラブ名: _____ 小放課後児童クラブ

○申込児童名: _____・学年: _____年 ○申込児童名: _____・学年: _____年

(該当する方全員)

該 当 す る 項 目 に 記 入 し て く だ さ い	氏名・児童からみた続柄		()	()	
	病 気 ・ 障 が い	病名・障がい名			
		病 院 名			
		期 間		年 月 日～ 年 月 日	年 月 日～ 年 月 日
		手帳の種類 (該当するものにチェック)		<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証(介護認定有効)	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証(介護認定有効)
	看 護 ・ 介 護	看護等対象者氏名(続柄)		氏名 続柄	氏名 続柄
		病名・障がい名			
		状況(入院・通院等)			
		病 院 ・ 施 設 名			
		期 間		年 月 日～ 年 月 日	年 月 日～ 年 月 日
		付き添い期間		1か月あたり 日 時 分～ 時 分	1か月あたり 日 時 分～ 時 分
		手帳の種類 (該当するものにチェック)		<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証(介護認定有効)	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証(介護認定有効)
	出 産 就 学	出産(予定)日		令和 年 月 日	令和 年 月 日
		学 校 名			
受 講 状 況		1か月あたり 日 時 分～ 時 分	1か月あたり 日 時 分～ 時 分		
期 間		年 月 日～ 年 月 日	年 月 日～ 年 月 日		
学校までの通学時間		時間 分(片道)	時間 分(片道)		

(宛先)福岡市長

上記のとおり相違ないことを申告します。

令和 年 月 日

保護者氏名
(申告者)