

# 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 當 す る 項 目 に 記 入 し て く だ さ い	氏名・児童からみた続柄		( )	( )	
	病 氣 ・ 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	出産(予定)日	令和 年 月 日	令和 年 月 日		
就 学	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)