

児童クラブ入所申請書

※第 号

年 月 日
東松山市長 あて

保護者住所 東松山市
(ふりがな)
氏 名
電 話 番 号

入所児童	ふりがな 氏 名	生年月日	性別	備 考
	年 月 日	男・女	令和6年4月1日現在 第 学年
入所を希望する 児童クラブ名				
保育の実施を希望する期間		年 月 日 から	<input type="checkbox"/> 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 年度末まで	
保育の実施を 必要とする理由				

○入所児童の家庭の状況

区 分	ふりがな 氏 名	入所 児童との 続柄	生年月日	性別	職 業	備 考
入所児童の 世帯員		父		男・女		
		母		男・女		
				男・女		
				男・女		
				男・女		

※ 市記載欄	入所申込みの承諾	保育の実施の要否	保 育 の 実 施 期 間		保育の実施基準の番号
		要・否 (理由)	自 年 月 日	至 年 月 日	両親等： () ()
		入所児童クラブ			
	年 月 日承諾	備 考			

※印の欄には記入する必要はありません。

保 育 児 童 票

※第 号

保護者住所			電 話 番 号		自 宅 父携帯 母携帯		
保護者氏名			入所クラブ名 (現在入所中の方のみ)				
	ふりがな		入所児童との続柄 (例) 父、母、兄など	年 齢 (令和6年4月1日時点)	性 別	勤務先、保育園名等	電話番号
	氏 名						
入所児童の家庭の状況	入所児童	本人	(才) 日生	男・女			
	入所児童の世帯員			才	男・女		
				才	男・女		
				才	男・女		
				才	男・女		
				才	男・女		
				才	男・女		
				才	男・女		

以下は記入する必要ありません

保育の実施を必要とする理由				
入所申込みの承諾	保育の実施の要否		保育の実施期間	保育の実施基準の番号
	要 否 (理由)		自 年 月 日	両親等： ()、()
			至 年 月 日	
	年 月 日承諾	保育の申請の取年月日		取 下 の 理 由
		年 月 日		
申請者 父 母		その他 ()		
受付年月日 年 月 日				
申請方法		窓口 電話	その他 ()	
受付者				

保育料の決定

課税の状況	前年度分市町村民税	有・無	有・無	有・無	有・無
	認 定	年 月 日 印	年 月 日 印	年 月 日 印	年 月 日 印
生活保護法適用の有無		有・無 年 月 日 開始 年 月 日 廃・休止	有・無 年 月 日 開始 年 月 日 廃・休止	有・無 年 月 日 開始 年 月 日 廃・休止	有・無 年 月 日 開始 年 月 日 廃・休止
徴収区分		全・半	全・半	全・半	全・半
保 育 料					

家庭状況届 (兼調査票)

児童氏名	
------	--

保護者の状況 父、母それぞれの状況について、当てはまる部分に記入してください。

	父の状況 <input type="checkbox"/> 不存在	母の状況 <input type="checkbox"/> 不存在
不存在理由 (父母が不存在の場合は該当するものに○をつけてください)	離婚・死別・別居・未婚・その他() (事由が発生したとき 年 月 日)	離婚・死別・別居・未婚・その他() (事由が発生したとき 年 月 日)
該当する状況に○をつけてください	1. 外勤 2. 自営 3. 内定 4. 就学等 5. 求職中 6. その他 ()	1. 外勤 2. 自営 3. 内定 4. 就学等 5. 求職中 6. その他 ()
仕事先の名称 (予定の場合も記入)	電話 _____ 内線 _____	電話 _____ 内線 _____
仕事先の所在地	所在地 _____ 通勤手段 _____ 通勤時間 _____ 分	所在地 _____ 通勤手段 _____ 通勤時間 _____ 分
仕事の内容		
勤務時間・日数	時 分 ~ 時 分 週・月 日	時 分 ~ 時 分 週・月 日
就労(予定)年月日	年 月 日 から	年 月 日 から
産前・産後休業 育児休業	産前・産後休業 有・無 年 月 日から 年 月 日まで 育児休業 有・無 年 月 日から 年 月 日まで ※現在取得中の方は御記入ください。	産前・産後休業 有・無 年 月 日から 年 月 日まで 育児休業 有・無 年 月 日から 年 月 日まで ※現在取得中の方は御記入ください。
出 産	出産予定日 年 月 日 ※母子手帳の表紙及び出産予定日が記載されているページの写しを添付してください。	
病 気	病名 _____ 入院 年 月 日から _____ 通院 週・月 回	病名 _____ 入院 年 月 日から _____ 通院 週・月 回
心身障害	障害名 () 級 (㊤・A・B・C)	障害名 () 級 (㊤・A・B・C)
看護・介護	病人名 _____ 続柄 _____ 病名等 _____ 居宅内 全介護・常時観察介護・要介護 居宅外 入院・その他()	病人名 _____ 続柄 _____ 病名等 _____ 居宅内 全介護・常時観察介護・要介護 居宅外 入院・その他()
	※看護・介護を受ける方の診断書又は障害者手帳の写しを添付してください。	

祖父母の状況 ※年齢は、令和6年4月1日時点での年齢を御記入ください。

父 方		母 方	
祖父	氏名 _____ 住所 _____ 生年月日 年 月 日 (才) 職業 _____ <input type="checkbox"/> 不存在	祖父	氏名 _____ 住所 _____ 生年月日 年 月 日 (才) 職業 _____ <input type="checkbox"/> 不存在
祖母	氏名 _____ 住所 _____ 生年月日 年 月 日 (才) 職業 _____ <input type="checkbox"/> 不存在	祖母	氏名 _____ 住所 _____ 生年月日 年 月 日 (才) 職業 _____ <input type="checkbox"/> 不存在

裏面につづく

児童の状況

保 育 状 況	1. 自宅で保育している。(週 日) 母・父・祖父母・友人・その他 ()
	2. 預けている。(週 日) 年 月 日 より 祖父母・親類・友人・同伴就労・その他 () 保育施設等(学童・保育園・家庭保育室・職場の保育室・幼稚園) 名 称 _____ 電話 _____
健 康 状 態	1. 発達や慢性的な病気のことで相談している病院や施設がありますか? 無 ・ 有 病院及び施設の名称 _____ 病名等() ; 服薬をしている場合は、薬の種類と回数を御記入ください。 種類() 回数(1日 回)
	2. 「障害者手帳」又は「療育手帳」をお持ちですか? 無 ・ 有 身体障害者手帳 (級) 療育手帳 (①・A・B・C) (※有の場合は手帳の写しを添付してください) 特別児童扶養手当を受けている場合、証書番号と受給開始時期を御記入ください。 証書番号: _____ 受給開始時期: _____ 年 月から
	3. アトピーやアレルギー等がありますか? 無 ・ 有 () 症状・除去食等()
	4. 入所に当たり、健康上又は発達上、気になることがありましたら御記入ください。

特記事項欄 入所申込みに当たり、家庭や児童の状況について特記事項がありましたら御記入ください。

誓約書

きらめきクラブに入所中は、施設の規定を守り、保育料は責任を持って期日までに納付することを誓います。

年 月 日

保護者署名 (※)

保護者署名 (※)

(※)署名又は記名押印してください(氏名が自署の場合は押印不要。)

就労証明書

東松山市長 宛て

証明日 _____ 年 月 日
 事業所所在地 _____
 事業所名 _____
 代表者 _____
 電話番号 _____
 記入者名 _____

次のとおり **勤務** ・ **採用決定(内定)**（どちらかに○）していることを証明する。

氏名	住所 東松山市		
採用年月日	年 月 日 採用(予定)		
産休・育休	*産前産後休業 年 月 日から 年 月 日まで		
	*育児休業等に関する法律による育児休業 年 月 日から 年 月 日まで		
就労形態	正規職員・パート・派遣・在宅勤務・自営業・その他()		
仕事の内容	事務・サービス・専門技術・営業・労務・その他()		
勤務時間 (契約に基づく時間)	①勤務時間帯		②休憩時間・実働時間数
	午前 _____ 時 _____ 分 ~	午後 _____ 時 _____ 分	休憩(____分) 1日の実働(____時間)
①・②ともに御記入ください。勤務時間帯が多岐にわたる場合は、必ず下欄「特記事項」に御記入ください。			
勤務日 (○をつけてください)	月・火・水・木・金・土・日 週 _____ 日	休日	定休(____曜日) 不定休(月平均____日間休み)
特記事項 (就労時間が多岐にわたる場合は、各勤務パターン(時間及びその日数)をご記入ください。)	書き方) ○時~○時の勤務 実働□時間が週 又は 月に△日 以下勤務パターンごとに御記入ください。		

*実際の勤務地が上記事業所と異なるとき

実際の勤務地 (派遣先等)	名称 所在地	電話番号 ()
------------------	-----------	----------

- 事業所の方へ
- 1 事業所の代表者又はそれに代わる方が記入・証明をしてください。
 - 2 記載内容について、保育課から証明者に確認・問い合わせをさせていただく場合があります。
 - 3 証明内容に不正(虚偽)が認められた時は入室の決定を取り消すことがあります。

◎不明な点は東松山市役所保育課 (tel:0493-23-2221 内線671~674) までお問い合わせください。

(保護者記入欄)

クラブ名 _____ 児童氏名 _____

就労証明書

東松山市長 宛て

記入例

証明日 令和5年12月×日

事業所所在地 埼玉県東松山市本町1-1

事業所名 株式会社〇〇工業

代表者 代表取締役 松山 太郎

電話番号 0493-23-XXXX

記入者名 松山 まつ

次のとおり **勤務** ・ 採用決定(内定) (どちらかに○) していることを証明する。

氏名	松山 花子	住所	東松山市 松葉町1-1-58
採用年月日	平成29年 4月 1日 採用(予定)		
産休・育休	*産前産後休暇 年 月 日から 年 月 日まで *育児休業等に関する法律による育児休業 年 月 日から 年 月 日まで		
就労形態	正規職員・パート・派遣・在宅勤務・自営業・その他()		
仕事の内容	事務・サービス・専門技術・営業・労務・その他()		
勤務時間 (契約に基づく時間)	①勤務時間帯 午前 午後 ②休憩時間・実働時間数 午前 8時30分 ~ 午後 5時00分 休憩(6.0分) 1日の実働(7.5時間)		
①・②ともに御記入ください。勤務時間帯が多岐にわたる場合は、必ず下欄「特記事項」に御記入ください。			
勤務日 (○をつけてください)	月・火・水・木・金・土・日 週 6 日	休日	定休(曜日) 不定休(月平均 8日間休み)
特記事項 (就労時間が多岐にわたる場合は、各勤務パターン(時間及びその日数)をご記入ください。)	書き方) ○時~○時の勤務 実働□時間が 週 又は 月に△日 以下勤務パターンごとに御記入ください。 休日はシフトによる。 勤務時間6:30-15:00、8:30-17:00、10:00-18:30		

*実際の勤務地が上記事業所と異なるとき

実際の勤務地 (派遣先等)	名称 〇〇工業若松工場 所在地 東松山市若松町1-2-× 電話番号 (24) XXXX
------------------	------------------------------------------------

- 事業所の方へ
- 事業所の代表者又はそれに代わる方が記入・証明をしてください。
 - 記載内容について、保育課から証明者に確認・問い合わせをさせていただく場合があります。
 - 証明内容に不正(虚偽)が認められた時は入室の決定を取り消すことがあります。

◎不明な点は東松山市役所保育課 (tel:0493-23-2221 内線671~674) までお問い合わせください。

(保護者記入欄)

クラブ名 きらめきクラブ〇〇

児童氏名 松山 一郎

自営業用就労状況申告書

※自営業の方は、御自身で御記入ください。

※事業を営んでいることが分かる書類を必ず添付してください。

（例）営業許可証、開業届、商業登記簿謄本、委託契約書、確定申告書等

氏名		住所	東松山市
業種及び仕事の内容（具体的に）			
事業規模	社員数（親族 人・一般人）		
職場と住居の状況	<input type="checkbox"/> 職場と住居が同一 <input type="checkbox"/> 職場と住居が同一同じ建物内または隣接（ <input type="checkbox"/> 玄関が同じ <input type="checkbox"/> 玄関が分かれている） <input type="checkbox"/> 職場と住居が離れている（職場所在地：		
給与形態	<input type="checkbox"/> 固定給を受け取る（源泉徴収票 有・無） <input type="checkbox"/> 実働日数・時間に応じて日給・時間給として受け取る <input type="checkbox"/> 売上（出来高）による <input type="checkbox"/> 無給 <input type="checkbox"/> その他…		
所得税の申告	<input type="checkbox"/> 確定申告 <input type="checkbox"/> 源泉徴収 <input type="checkbox"/> その他…		

【一週間の就労状況】 ※自営業や、複数か所勤務の方は平均的な1週間の状況を御自身で御記入ください。
 ※勤務時間は記入しやすい時間で書き直していただいても結構です。

時 日	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
月																
火																
水																
木																
金																
土																
日																
例			開店準備		販売		昼休憩		販売		経理事務		閉店作業			
			↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔		

◎不明な点は東松山市役所保育課（tel:0493-23-2221 内線671～674）までお問い合わせください。

（保護者記入欄）

クラブ名 _____

児童氏名 _____

父・母・祖父・祖母（この診断書の該当者に○をしてください。）

きらめきクラブ用 R6

診 断 書

東松山市長 宛て

年 月 日

医療機関名

所在地

医師名

次のとおり診断する。

氏 名	
生 年 月 日	
診 断 名	
児童の保育についての所見	
<input type="checkbox"/> 上記の者は、児童の保育が完全に不可能な状況である	
<input type="checkbox"/> 上記の者は、児童の保育が困難な状況である	
<input type="checkbox"/> 上記の者は、児童の保育が部分的に困難な状況である	
今後の状況	
<input type="checkbox"/> 1年以上治る見込みがない	
<input type="checkbox"/> ____か月以上治る見込みがない	
<input type="checkbox"/> その他（ ）	
備 考	

注意事項（記入者様へ）

- 1 お手数ですが、上記事項を漏れのないようにご記入ください。
- 2 この書類に関する費用の負担は請求者（患者）になります。

◎不明な点は東松山市役所保育課（tel: 23-2221 内線671～674）までお問い合わせください。

（保護者記入欄）

クラブ名 _____

児童氏名 _____

父・母・祖父・祖母（この申告書の該当者に○をしてください。）

障害状況等申告書

年 月 日

東松山市長 宛て

住 所 東松山市 _____

保護者氏名 _____

保育施設入所の申込みにあたり、障害等により入所希望の児童の保育ができない状況について
次のとおり申告します。

氏 名	続柄	(児童からみて)
住 所		
障害の程度	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級以下 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> ㉠ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> その他 ()	
障害の状況	(日常生活での支障の程度を御記入ください)	

- 注意事項
- 申告の内容及び不正(虚偽)が認められた時は入所の決定を取り消すことがあります。
 - 身体障害者手帳の写しや診断書など、症状が確認できるものを添付してください。

◎不明な点は東松山市役所保育課 (tel:0493-23-2221 内線671~674) までお問い合わせください。

(保護者記入欄)

クラブ名 _____

児童氏名 _____

在学証明書

東松山市長 宛て

年 月 日

学校所在地
学校名
代表者名
電話番号

記入者名 _____

次のとおり在学中であることを証明する。

氏 名		住 所	東松山市		
入 学 年 月 日	年 月 日	卒 業 年 月 日 (予 定)	年 月 日		
通 学 日 数	月 日 週 日	_____			
就 学 内 容					
授 業 時 間 * 1 週 間 の 平 均 的 な 授 業 時 限 を ○ で 囲 ん だ 上 で、在学時間（その日の最初の講義開始時間から最後の講義終了時間）を記入してください。	月 曜	1 限 ・ 2 限 ・ 3 限 ・ 4 限 ・ 5 限 ・ 6 限 ・ 7 限			
		時 分 从 从	時 分 至 至		
	火 曜	1 限 ・ 2 限 ・ 3 限 ・ 4 限 ・ 5 限 ・ 6 限 ・ 7 限			
		時 分 从 从	時 分 至 至		
	水 曜	1 限 ・ 2 限 ・ 3 限 ・ 4 限 ・ 5 限 ・ 6 限 ・ 7 限			
		時 分 从 从	時 分 至 至		
	木 曜	1 限 ・ 2 限 ・ 3 限 ・ 4 限 ・ 5 限 ・ 6 限 ・ 7 限			
		時 分 从 从	時 分 至 至		
	金 曜	1 限 ・ 2 限 ・ 3 限 ・ 4 限 ・ 5 限 ・ 6 限 ・ 7 限			
		時 分 从 从	時 分 至 至		
	土 曜	1 限 ・ 2 限 ・ 3 限 ・ 4 限 ・ 5 限 ・ 6 限 ・ 7 限			
		時 分 从 从	時 分 至 至		
	合 計	週 時 間	_____		
	備 考				

- 注 意 事 項 (記入者様へ)
- 1 お手数ですが、上記事項を漏れのないように御記入ください。
 - 2 記入の無い欄は斜線を引くか「当該欄記入なし」と記入し、空欄のままにしないようお願いいたします。
 - 3 記載内容について、担当課から証明者に確認・問合せをさせていただく場合があります。
 - 4 証明内容に不正(虚偽)が認められた時は入所の決定を取り消すことがあります。

◎不明な点は東松山市役所保育課 (tel:0493-23-2221 内線671~674) までお問い合わせください。

(保護者記入欄)

クラブ名 _____

児童氏名 _____

父・母・祖父・祖母（この申告書の該当者に○をしてください。）

介護・看護状況申告書

年 月 日

東松山市長 宛て

【介護・看護を行っている方】 住 所 東松山市
氏 名

保育施設入所の申込みに当たり、保護者が介護・看護を行っている状況について次のとおり申告します。

介護・看護が必要な方の 氏名		続柄	(介護・看護を 行っている方から みて)
介護・看護が必要な方の 住所			
介護・看護を必要とする 理由	<input type="checkbox"/> 障害者手帳（身体・精神・療育） _____ 級 <input type="checkbox"/> 要介護（度数： _____） <input type="checkbox"/> 要支援（度数： _____） <input type="checkbox"/> その他（病名 _____）		
施設入所状況	<input type="checkbox"/> 介護保険施設・障害者施設等に入所・通所している <input type="checkbox"/> 入所・通所していない （施設名： _____）		

【一週間の介護状況】

※平均的な1週間の介護状況を御自身で御記入ください。

※時間は記入しやすい時間で書き直していただいても結構です。

時 日	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
月																
火																
水																
木																
金																
土																
日																
例																

注意事項

- 1 申告の内容に不正(虚偽)が認められた時は入所の決定を取り消すことがあります。
- 2 介護・看護を必要とする理由については、該当するものの症状が確認できる書類（各種手帳の写しや、介護保険被保険者証の写し、診断書など）を添付してください。
- 3 施設入所・通所状況等に関して、担当課に照会することがあります。

◎不明な点は東松山市役所保育課（tel:0493-23-2221 内線671～674）までお問い合わせください。

(保護者記入欄)

クラブ名 _____

児童氏名 _____

父・母・祖父・祖母（この誓約書の該当者に○をしてください。）

誓 約 書

年 月 日

東松山市長 宛て

放課後児童クラブ入所に際し、直ちに保育に欠けることの証明書類（就労証明書、診断書等）を提出することを誓約します。

もし、下記の期限までに提出できない場合には、保育の実施を解除されても異議を申し立てません。

記

- ① 新規入所を希望する場合… 放課後児童クラブ入所から2か月間
- ② 現在、放課後児童クラブに入所している場合… 退職した日等、入所児童が「保育に欠ける状態」に該当しなくなった日から2か月間

住 所 東松山市

氏 名 (※)

(※) 署名又は記名押印（氏名が自署の場合は押印不要）

クラブ名 _____

児童氏名 _____