

記入例

本市 申請書は楷書体で丁寧に書いてください。

令和 年 月 日

(あて先)松本市長

放課後児童健全育成事業に登録したいので、放課後児童健全育成事業利用のご案内の内容を承諾し、次のとおり申請します。なお、登録資格確認のため、住民基本台帳等を閲覧することに同意します。

申請保護者

住所 松本市丸の内3-7

必ずご利用案内をご一読ください。

フリガナ ホウカゴ タロウ

西暦ではなく、年号での記載をお願いします。

氏名 放課後 太郎

電話 34 - 3261

利用施設 あがた

児童館・児童センター

二重線枠は市で記入します。

希望する申請に○をしてください。

施設コード	児童コード

申請種別

新規登録・期間変更・時間変更・氏名変更
住所変更・勤務先変更・施設変更・減免申請・申請取下

フリガナ

登録児童氏名

生年月日

年齢(R3.4.1時点)
学年

小学校

町会名

性別

世帯での登録人数と、登録者のうちで何番目のお子さんを記入してください。

歳

小学校

町会

男・女

兄弟姉妹で登録が(ある・ない)ある場合

登録人数は()名、その内の()番目

登録期間

期間

令和3年4月1日から令和4年3月31日まで

登録時間

17時まで

18時まで

19時まで

変更適用月

月から

迎えの時間の目安

16時00分

利用をする曜日

月・日

登録時間を変更する場合には、変更適用月を記載ください。

登録理由

留守家庭

その他理由()

口座振替

R2年までに口座振替依頼書を金融機関に提出済み
金融機関()、口座名義()
保育料の支払いで提出されている場合、新たに放課後児童健全育成事業として提出していただく必要があります
取扱金融機関
【八十二銀行・長野銀行・ゆうちょ銀行・JA松本ハイランド】

前年度までに、放課後児童健全育成事業利用料の口座振替依頼書を金融機関に提出済みの場合は、その金融機関名及び口座名義を記入してください。

見、または変更で金融機関に口座振替依頼書を提出

より納期限までに限り、納付書のバーコードよりクレジットカード、電子マネー、インターネットバン

二重線枠は市で記入します。

減免申請欄 以下の理由により、利用料の免除・減額を申請します。

減免の理由

生活保護

児童扶養手当

就学援助(準要保護)

市民税非課税

市記入欄

確認口

免除・減額・無効

減免申請をする場合は、該当する減免の理由にチェックをしてください。

施設長記入欄(ごしり育成課への連絡事項等)

施設長

入力

確認

最終確認

受付印

新規・継続

記入例

登録児童は記入不要	続柄	生年月日	勤務先名	勤務先電話番号	迎えに来る方に○をしてください	備考
放課後 太郎	父	M・T・ <input checked="" type="radio"/> H・R 45年 1月 3日	(株)松本工業	0263-47-()	迎	
放課後 英恵	母	M・T・ <input checked="" type="radio"/> H・R 48年 8月 8日	(有)梓川食品	0263-78-()	<input checked="" type="radio"/> 迎	
放課後 一郎	兄	M・T・S・ <input checked="" type="radio"/> H・R 8年 3月 2日	専門学校生	就労している場合 勤務先名・住所・電話番号を記入 中学・高校・大学・専門学校の場合 学校名は不要(学生と分かるよう明記)		
放課後 太	祖父	M・T・ <input checked="" type="radio"/> H・R 15年 3月 2日	無職			
放課後 花	祖母	M・T・ <input checked="" type="radio"/> H・R 26年 6月 3日	信濃製作所			
		M・T・S・H・R 年 月 日			迎	
		M・T・S・H・R 年 月 日			迎	

- ・就労している方で、S31年4月1日以降の生年月日である場合は就労証明書等が必要です。(児童の兄弟姉妹は除く。)
- ・利用料の未納が1カ月以上続いた場合、連絡させていただくことがあります

2 健康状態

健康状態	健康状態	1.良好 2.病弱等 3.アレルギー 4.その他		
	アレルギーがある場合は、該当する症状に○をしてください。			
	気管支喘息 アレルギー性鼻炎 アレルギー性結膜炎 アトピー性皮膚炎 じん麻疹 食物アレルギー アナフィラキシー その他()			
	アレルギーの詳細	ピーナッツ		
	健康状態、児童の特性について特に注意してほしい事項			
	・落ち着きがなく、痾癩をおこすときがあります。			
	障害のある場合は、身体障害、知的障害等、障害の区分および等級を記入してください。			
	・身体障害者手帳(第2級) ・ADHD			
かかりつけ医療機関名	内科	担当医	電話	-

必ず、1名は記入してください。

3 緊急連絡先

緊急連絡先	1 氏名	放課後 太郎	電話	(090 - 0000 - 0000)	[<input checked="" type="checkbox"/> 携帯・勤務先・自宅]
	2 氏名		電話	(- -)	[携帯・勤務先・自宅]
	3 氏名		電話	(- -)	[携帯・勤務先・自宅]

4 同居していない児童の親族で迎えにくる方

氏名	続柄	住所	松本市丸の内 - x x
松本 竹子	叔母	電話番号	-

5 添付書類

- ・就労証明書
 - ・公的機関により、障害児または身体障害者手帳の写し
 - ・療育手帳の写し
 - ・特別児童扶養手当
 - ・医師、児童相談所、
- 同居していない児童の親族名を記入してください。
- 添付書類にチェックをしてください。