

紫 波 町 長 様

申請者(保護者)

住 所 紫波町

氏 名

電 話 (自宅 ※固定回線が無い場合は記入不要)

紫波町こどもの家使用申請書

下記のとおり、こどもの家の利用を希望します。

ふりがな 使用児童氏名	性別	生年月日	学 校 名	学 年	入所区分
	男 女	平成 年 月 日	小学校	令和7年4月1日時点 年生	新規
■小学校入学前の利用施設〔 保育所、認定こども園、幼稚園、その他 〕					
世帯員氏名 (上記児童除く)	上記児童 との続柄	生年月日	勤務先、職業又は学校名	勤務時間	携帯電話番号
		・ ・		: ~ :	
		・ ・		: ~ :	
		・ ・		: ~ :	
		・ ・		: ~ :	
		・ ・		: ~ :	
		・ ・		: ~ :	
使用予定期間 (使用したい月を○で囲んで下さい)	R7 4月	・5月・6月・7月・8月・9月・10月・11月・12月・R7 1月・2月・3月			
※本申請書は利用希望開始月が4月の方用です。希望開始月が5月以降の場合は、希望月の前月15日までにこども課へ使用申請をしてください。					
使用希望の理由 (該当するものを○で囲んで下さい)	父：就労・求職・出産（産前産後8週）・疾病（障害）・介護（看護）・その他（ ）・不在 母：就労・求職・出産（産前産後8週）・疾病（障害）・介護（看護）・その他（ ）・不在 ●父または母が不在で、ひとり親世帯に該当する場合は、右の□にチェックを入れて下さい □ ◎3カ月以内に就労証明書等を提出した方は提出先(施設名等)を記入して下さい。【 】				

※…続柄は、児童からみた続柄を記入してください。単身赴任等で別居している父母がいる場合も、記入をお願いします。

■児童の状況（以下の項目について、該当する□にチェック又は○で囲んでください）

児童の 健康状態	●健康状態 □特記事項なし □特記事項あり（病名等： ） ●発育の気になる点 □なし □有り（診断：有・無 診断名： ） ●障害者(療育)手帳 □なし □有り（手帳名：身体・療育 級） ●通級学級（予定） □通常学級 □特別支援学級 ●食物アレルギー □なし □有り（アレルギーの種類、症状 ） ●病気等により配慮が必要な場合や、伝えておきたいことがありましたら、ご記入ください。 【 】
-------------	--

同 意 事 項

こどもの家（放課後児童クラブ）は、放課後や長期休業期間において、就労等の理由により保護者が家にいない児童を対象に、児童の遊びや生活を支援する施設です。子どもたちが安全に過ごせるように、指導員が遊びや集団生活の中で規律を守るように指導も行っており、必要に応じて学校や関係機関と連携しながら、お預かりしていることをご理解願います。

子どもたちの安全を守り、成長を支援することを目的に、家庭・学校・こどもの家及び紫波町児童福祉関係機関で、連絡や情報交換を行うことに同意します。また、使用料の決定のために、こども課職員が課税資料を閲覧することに同意します。

令和 年 月 日 保護者氏名()