

受付日・受付者	
名簿番号	
児童番号	

令和8年度 学童保育クラブ入会申請書

葛飾区長・私立学童保育クラブ設置者 あて
(公立学童は区長あて、私立学童は設置者あてで申請します)

次のとおり申請します。また、児童の健康・発達状態により在籍する施設等に職員が伺い児童の状況等を確認することに同意します。さらに、必要に応じ学童保育使用料の収納情報を、入会予定の私立学童保育クラブ設置者に提供することに同意します。私及び私の世帯の情報を保管している放課後支援課・子育て施設支援課・子育て政策課・戸籍住民課・税務課・子ども家庭支援課・障害福祉課・障害者施設課・西生活課・東生活課・学務課・教育指導課・葛飾区児童相談所・私立学童保育クラブ設置者から、放課後支援課・子育て施設支援課・子育て政策課・子ども家庭支援課・収納対策課・障害者施設課・西生活課・東生活課・教育指導課・葛飾区児童相談所・私立学童保育クラブ設置者に必要に応じて情報を提供することに同意します。

※太枠内のみご記入ください。			申請日	令和 年 月 日	
申請者	フリガナ 保護者氏名		電話番号	連絡先1	父携帯・母携帯 他()
				連絡先2	父携帯・母携帯 他()
	住所	〒 葛飾区 丁目 番 号 (アパート・マンション名等)			

いずれか 1つに チェック☑	☐ 通年入会を希望します 4月入会・随時入会をご希望の方は、入会希望年月日をご記入ください。 入会希望年月日(令和 年 月 日)～令和9年3月31日				
	☐ 夏季一時入会を希望します 入会期間 令和8年7月21日～令和8年8月31日				
	「希望学童保育クラブ」欄は、別紙「学童保育クラブ一覧」の★印のクラブのみ記入できます。受付期間は令和7年11月7日(金)～令和7年12月5日(金)です。締切後は、原則、受付しておりませんが、空き状況により夏季一時入会の受付可能な場合があります。受付期間以降は、直接クラブへお問い合わせください。				
入会児童	フリガナ 児童氏名			希望学童保育クラブ	
	生年月日	平成・令和 年 月 日		第1希望 クラブ名	(自宅から徒歩 分) 学童保育クラブ
	学校名	□区立 □私立 □都立 小学校 年生 (令和8年4月1日現在)		第2希望 クラブ名	(自宅から徒歩 分) 学童保育クラブ
	特別支援学級名	学級		待機 希望欄	入会できなかった場合 ☐ 入会できるまで待機を希望します ☐ 待機を希望しません
	特別支援教室名	教室(ルーム)			
	在籍学童保育クラブ名 保育園・幼稚園名	(申請日現在)			
家族構成 ※同居者全員を記入	続柄	氏名	生年月日	勤務先名・日中の状況等 (令和8年4月1日現在)	勤務先の電話番号
	父		・ ・		
	母		・ ・		
	本人		・ ・		
			・ ・		日中の連絡先(優先順位)
			・ ・		連絡先1
			・ ・		連絡先2
			・ ・		父の勤務先
			・ ・		母の勤務先
			・ ・		自宅()
			・ ・		その他 氏名()
			・ ・		電話番号()
		・ ・		児童との関係()	
出産予定について		出産予定日 令和 年 月 日			
復職予定について		復職予定月 令和 年 月 ※復職月からの入会になりますのでご注意ください。			

※裏面もご記入ください。

放課後支援課 学童保育クラブ 記入欄	基準指数		調整指数			総合	申請入力
	父	母	学年	ひとり親	障害児		(承認) 入力
							(不承認) 入力

申請児童の状況

《入会希望のお子さんの健康状態等についてお聞きます》

※受付時に個別にお聞きする場合があります。

☐ 良好である

☐ 先天性疾患や過去に入院・手術したこと、または治療を要する病気にかかったことがある

*当てはまる項目にチェックをしてください

【 病名： 】 【 医療機関名： 】

☐ 完治

☐ 経過観察

☐ 治療中

☐ 集団生活の中で特別な配慮が必要（医療行為など）

☐ 服用している薬がある

【 薬剤名： 】

《 具体的な状況・家庭や集団生活で必要な対応など 》

☐ 心身の発達に気になる点がある

*当てはまる項目にチェックをしてください

☐ 医師の診断書がある

（☐今回提出 ☐過去に提出済）

【 診断名： 】

【 医療機関名： 】

☐ 服用している薬がある

【 薬剤名： 】

☐ 愛の手帳

【 度 】

☐ 身体障害者手帳

【 種 級 】

☐ 精神障害者保健福祉手帳

【 級 】

☐ 児童通所サービス受給者証

【 施設名： 日/月 】

☐ その他

【 】

☐ 発達について医療機関で相談や治療を受けている

【 医療機関名： 】

☐ アイリスシートがある

【 初めて作成した年齢： 歳 】

《 具体的な状況・家庭や集団生活で必要な対応など 》

☐ アレルギーがある

*当てはまる項目にチェックをしてください

☐ 食物 【 】 ☐ その他 【 】

☐ 医師の診断がある 【 診断名： 】

【 医療機関名： 】

☐ アナフィラキシーショックを起こしたことがある・その危険性があると診断されている
（いつ頃 ）

☐ 給食は、「持ち込み」または「除去」である

☐ 園や学校では、他児と別々のテーブルで食べている

☐ 学校生活管理指導表は、学校に提出（予定を含む）している

☐ エピペンを持っている

☐ 服用している薬がある 【 薬剤名： 】

☐ 集団生活の中で特別な配慮が必要（医療行為など）

《 具体的な状況・アレルギー症状等・家庭や集団生活で必要な対応など 》