

# ロータス放課後児童クラブ利用申込書

(あて先) 社会福祉法人 永照福祉会  
理事長 龍永 直記

令和 年 月 日

ロータス放課後児童クラブの利用について、関係書類を添えて、次のとおり申し込みます。児童と同居する親族に関することについては、その者の同意を得て、提出しています(申込後、提出した書類の内容に変更があった場合は、速やかに届け出ます。)。また、次のことに同意します。

- 生活保護、就学援助、子ども医療費補助、ひとり親家庭等医療費補助、重度心身障害者医療費補助の受給状況等について、私と私の属する世帯員(この申込書に記載されている者)に関する情報を確認されること。また、私と私の属する世帯員(この申込書に記載されている者)に関する市民税の課税・非課税の情報を課税資料により確認されること。
- 世帯状況を確認されること。
- 利用の承諾やクラブでの保育の実施に必要な情報を、関係機関(学校等)に提供すること(課税状況や、各医療費補助制度の該当情報を提供することはありません。)

住所	〒 広島市 区	ふりがな		
	日中繋がる番号 ( )	申込者氏名 (保護者)		
※ 兄弟姉妹で異なる申込者名を記入された場合、多子軽減措置(2人目半額、3人目以降無料)の判定ができないため、ご注意ください。				
ふりがな 児童氏名	性別	生年月日	学校名	学年
		年 月 日生	小学校	年
利用を希望する放課後児童クラブ	ロータス放課後児童クラブ( )			
利用を希望する期間	年 月 日から			年 月 日まで

利用料金の算定のために、以下の医療費補助等に該当する場合は、該当するものすべてに☑をしてください。  
いずれにも該当しない場合は、「上記のいずれにも該当しない。」に☑をしてください。

<input type="checkbox"/> 就学援助受給世帯(申請予定を含む)(※1)	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯	➡	無料(0円)
<input type="checkbox"/> 住民税(市民税)非課税世帯(※2)			
<input type="checkbox"/> 子ども医療費補助受給世帯	<input type="checkbox"/> 重度心身障害者医療費補助受給世帯	➡	月額3,000円
<input type="checkbox"/> ひとり親家庭等医療費補助受給世帯			
<input type="checkbox"/> 上記のいずれにも該当しない。		➡	月額5,000円

※1 就学援助を申請しているが、まだ決定がされていない場合や、申請予定の場合も☑をしてください。就学援助に該当しているものとみなします。  
ただし、就学援助が認定されなかった場合は、遡って利用料を徴収します。

※2 1月1日に広島市外に居住していた等により、他市町村で課税されている場合には、その市町村での課税状況がわかるもの(非課税証明書等)を添付してください。

児童の健康状態等(該当する番号に○及び必要事項を記入してください。)

障害の有無	1 無	2 有(状況: )
その他発達や病気について気になること		

保護者及び同居する親族の状況

氏名 年齢区分(利用開始時)	本人との続柄	勤務先又は通学(園)先・学年 ・放課後児童クラブ名等	氏名 年齢区分(利用開始時)	本人との続柄	勤務先又は通学(園)先・学年 ・放課後児童クラブ名等
18歳未満・75歳以上 ※該当する場合のみ○	Tel	-	18歳未満・75歳以上 ※該当する場合のみ○	Tel	-
18歳未満・75歳以上 ※該当する場合のみ○	Tel	-	18歳未満・75歳以上 ※該当する場合のみ○	Tel	-
18歳未満・75歳以上 ※該当する場合のみ○	Tel	-	18歳未満・75歳以上 ※該当する場合のみ○	Tel	-

優先利用(障害のある児童、ひとり親家庭の児童)を希望する場合は、右記に☑をしてください。

- ※定員超過のため同一学年内における選考を行う必要がある場合に、優先します。
- ※優先利用を希望する場合は、原則、お申込みの際に必要な書類を添付してください。

優先利用を希望する

すでに放課後児童クラブを利用されており、そこから他のクラブに移るためのお申込みである場合は、右記に☑をしてください。

クラブ間での異動希望

土曜日・長期休業中の延長利用の希望(年間)

土曜日・長期休業中の、朝の延長利用を希望する場合は、右記に☑をしてください。  
※ 利用するには、別途、利用料金(年額)が必要です。

延長利用を希望する