

ロータス放課後児童クラブ 利用申込書

(あて先)

年 月 日

社会福祉法人永照福社会

理事長 龍永 直記

申込者(保護者)

住所	〒 区	ふりがな	
	広島市 区	申込者氏名 (保護者)	
	日中繋がる番号 ()	続柄	

以下のとおり利用を申し込みます。なお、申込後、内容に変更があった場合は、速やかに届け出ます。

ふりがな 児童氏名	性別	生年月日	学校名	学年
		年 月 日生(歳)	小学校	年
利用クラブ名				
利用期間		年 月 日 から 年 月 日まで		

児童の健康状態(該当する番号に○及び必要事項を記入してください。)

健康状態	1 健康である	・	2 病気をしがちである
障害の有無	1 無	・	2 有(状況:)
その他発達について 気になること			

保護者及び同居する親族の状況(該当する番号等に○及び必要事項を記入してください。)

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	放課後児童クラブの利用を必要とする理由 (18歳以上の方は記入してください。)
18歳未満・75歳以上 ※該当する場合○			1 就労 2 疾病・障害 3 親族等介護 4 産前産後 5 通学 6 その他() TEL - -
18歳未満・75歳以上 ※該当する場合○			2 就労 2 疾病・障害 3 親族等介護 4 産前産後 5 通学 6 その他() TEL - -
18歳未満・75歳以上 ※該当する場合○			3 就労 2 疾病・障害 3 親族等介護 4 産前産後 5 通学 6 その他() TEL - -
18歳未満・75歳以上 ※該当する場合○			4 就労 2 疾病・障害 3 親族等介護 4 産前産後 5 通学 6 その他() TEL - -
18歳未満・75歳以上 ※該当する場合○			5 就労 2 疾病・障害 3 親族等介護 4 産前産後 5 通学 6 その他() 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、
右記の「優先利用を希望する」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、申込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