

☐ク ☐窓 ☐郵

☐座有・無 ☐滞納有・無

5

0

以上は市記入欄

第1号様式(第5条関係)

私は「令和8年度相模原市立児童クラブ利用案内」を確認し、その内容を了解した上、同意し、児童クラブの入会を希望しますので、次のとおり申請します。あわせて、本申請書に記載の情報を、児童クラブの活動に必要な範囲内において小学校・関係機関へ提供することに同意します。

令和8年度 児童クラブ入会申請書

相模原市長あて

〒 - 年 月 日

代表保護者(※)住所
(納付義務者)

氏名

電話①

(連絡順位1)

()

(☐父 ☐母 ☐その他)

電話②

(連絡順位2)

()

(☐父 ☐母 ☐その他)

受付印欄

※市から、申請書の内容の確認の際にご連絡させていただきます。日中つながる番号をご記入ください。

①入会希望クラブ、児童名について

入会を希望するクラブ名	児童クラブ
就学指定を受けた学校名	小学校
学年(令和8年4月時点)	年
フリガナ	
氏名	
生年月日	平成・令和 年 月 日
就学指定を受けた学校と入会を希望する児童クラブ(該当小学校区)が異なる場合には理由を記入してください。	

②入会希望期間について

※☐にチェックしてください。

☐	通年 (4月～3月)	令和8年4月1日から 令和9年3月31日まで
☐	上記以外	※希望期間を記入してください 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで

③児童の健康状態について

※有、無の☐にチェックしてください。「有」の場合は具体的な状況を記入してください。

☐ 有 ☐ 無	障害等による特別な配慮や支援の必要性	(具体的に：) 添付書類 ☐ 身体障害者手帳・療育手帳等 ☐ 医師の診断書等 ☐ 特別支援学級の在籍証明書 ☐ 添付書類なし(☐ 療育相談をしている ☐ 就学相談をしている ☐ 就学移行支援を受けている)
☐ 有 ☐ 無	食物アレルギー	(具体的に：) 緊急時の処方薬 ☐ なし ☐ 内服薬 ☐ アドレナリン自己注射薬(エピペン®)
☐ 有 ☐ 無	既往症等健康状態で特に注意を要することや 集団生活を送る上で注意を要すること	(具体的に：)

④保護者が昼間養育を行えない理由について

※該当番号の☐にチェックしてください。「その他」の場合は理由を記入してください。

☐ 1.就労・就学	☐ 2.疾病・負傷・障害	☐ 3.出産前後	☐ 4.親族の介護(☐ 同居 ☐ 別居)
☐ 5.障害児者の通学等の付き添い ☐ 6.求職活動中 ☐ 7.育児休業中 ☐ 8.その他 ()			

⑤家族の状況について(申請日現在)

※該当番号の☐にチェックしてください。

家庭区分	☐ 1.父母 ☐ 2.父子 ☐ 3.母子 ☐ 4.その他 ()	※父母は内縁、事実婚を含む。父子・母子は離婚協議中の家庭を含む。		
入会希望児童を除く全ての同居の家族・親族	フリガナ	児童との続柄	生年月日	仕事の職種 又は 学校名・学年等の状況
	氏名			
			明大 昭平令 年 月 日	
			明大 昭平令 年 月 日	
			明大 昭平令 年 月 日	
			明大 昭平令 年 月 日	

(※)市からのお知らせ等は上記の代表保護者あてに送付します(児童の同居者と異なる場合は事前に相談してください)。

◆利用案内4ページをご確認いただき、申請に必要な書類を添付してください。

【裏面にも記入してください】

●保護者の状況について記入してください。

項 目		父 親 の 状 況				母 親 の 状 況			
①就 労	事業所名								
	所 在 地	電話 ()				電話 ()			
	通勤時間	片道		時間	分	片道		時間	分
	※①についてはスケジュール表への記入は不要です。								
②就 学	名 称								
	所 在 地	電話 ()				電話 ()			
	期 間	年 月 日～		年 月 日		年 月 日～		年 月 日	
	日 数	平均週 日	通学時間	片道 時間	分	平均週 日	通学時間	片道 時間	分
	時 間 割	スケジュール表に記入してください。				スケジュール表に記入してください。			
③保護者の 疾病・負傷 ・障害	病 名								
	入院期間	年 月 日～		年 月 日・未定		年 月 日～		年 月 日・未定	
	療養期間	年 月 日～		年 月 日・未定		年 月 日～		年 月 日・未定	
	通院頻度	平均週 日	病院まで	片道 時間	分	平均週 日	病院まで	片道 時間	分
	通院スケジュール	スケジュール表に記入してください。				スケジュール表に記入してください。			
④同居親族 の介護	要介護者名	(保護者との続柄：)				(保護者との続柄：)			
	病 名 等								
	入院の場合は入院先名称、所在地								
	介護期間	年 月 日～		年 月 日・未定		年 月 日～		年 月 日・未定	
	介護スケジュール	スケジュール表に記入してください。				スケジュール表に記入してください。			
⑤別居親族 の介護	要介護者名	(保護者との続柄：)				(保護者との続柄：)			
	住 所								
	病 名 等								
	介護期間	年 月 日～		年 月 日・未定		年 月 日～		年 月 日・未定	
	介護頻度	平均週 日	別居先まで	片道 時間	分	平均週 日	別居先まで	片道 時間	分
	介護スケジュール	スケジュール表に記入してください。				スケジュール表に記入してください。			
⑥障害児者の 通学等 の付き添い	障害児者名	(保護者との続柄：)				(保護者との続柄：)			
	病 名 等								
	通学先等名称及び所在地								
	期 間	年 月 日～		年 月 日・未定		年 月 日～		年 月 日・未定	
	頻 度	平均週 日	付添場所まで	片道 時間	分	平均週 日	付添場所まで	片道 時間	分
	付添スケジュール	スケジュール表に記入してください。				スケジュール表に記入してください。			
スケジュール表 ※①については記入不要です。									
※家を出る時間から、家に着く時間までを記入してください。 ※実働時間には、往復に要する時間を除いた時間を記入してください。 ※付添等で自宅と付添先を一日に複数回往復する場合は、こども施設課まで問い合わせください。	月 曜	午前・午後 時 分～午前・午後 時 分				午前・午後 時 分～午前・午後 時 分			
		うち往復に要する時間 時間 分⇒実働 時間 分				うち往復に要する時間 時間 分⇒実働 時間 分			
	火 曜	午前・午後 時 分～午前・午後 時 分				午前・午後 時 分～午前・午後 時 分			
		うち往復に要する時間 時間 分⇒実働 時間 分				うち往復に要する時間 時間 分⇒実働 時間 分			
	水 曜	午前・午後 時 分～午前・午後 時 分				午前・午後 時 分～午前・午後 時 分			
		うち往復に要する時間 時間 分⇒実働 時間 分				うち往復に要する時間 時間 分⇒実働 時間 分			
	木 曜	午前・午後 時 分～午前・午後 時 分				午前・午後 時 分～午前・午後 時 分			
		うち往復に要する時間 時間 分⇒実働 時間 分				うち往復に要する時間 時間 分⇒実働 時間 分			
	金 曜	午前・午後 時 分～午前・午後 時 分				午前・午後 時 分～午前・午後 時 分			
		うち往復に要する時間 時間 分⇒実働 時間 分				うち往復に要する時間 時間 分⇒実働 時間 分			
	土 曜	午前・午後 時 分～午前・午後 時 分				午前・午後 時 分～午前・午後 時 分			
		うち往復に要する時間 時間 分⇒実働 時間 分				うち往復に要する時間 時間 分⇒実働 時間 分			

※申請に虚偽又は不正があったときは、入会承認を取り消す場合があります。