

児童クラブ入所申請書

※第

号

年 月 日
東松山市長 宛て

保護者住所 東松山市
(ふりがな)
氏 名
電 話 番 号

入 所 児 童	(ふ り が な) 氏 名	生 年 月 日	性 別	備 考
		年 月 日		令和7年4月1日現在 第 学年
入所を希望する 児童クラブ名				
保育の実施を希望する期間	年 月 日 から		☐ 年 月 日まで ☐ 年度末まで	
保育の実施を 必要とする理由				

○入所児童の家庭の状況

区 分	(ふ り が な) 氏 名	入所児童 との続柄	生 年 月 日	職 業	備 考
入 所 児 童 の 世 帯 員		父	年 月 日		
		母	年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		

※ 市 記 載 欄	入 所 申 込 み の 承 諾	保育の実施の要否	保 育 の 実 施 期 間		保育の実施基準の番号
		要・否 (理由)	自	年 月 日	両親等： () ()
			至	年 月 日	
				入所児童クラブ	
	年 月 日承諾	備 考			

※印の欄には記入する必要はありません。

保 育 児 童 票

					※第 号	
保護者住所				電 話 番 号	自 宅 父携帯 母携帯	
保護者氏名				入所クラブ名 (現在入所中の方のみ)		
	ふ り が な		入所児童との続柄 (例) 父、母、兄など	年 齢 (令和7年4月1日時点)	勤務先、保育園名等	電話番号
	氏 名					
入所児童の家庭の状況	入所児童		本 人	(オ) 年 月 日生		
	入所児童の世帯員			オ		
				オ		
				オ		
				オ		
				オ		
				オ		
				オ		

同意書 兼 誓約書	
1. 申請児童及びその保護者等に係る個人情報について、以下の目的のために必要最小限の範囲において使用することに同意します。 (1) 家庭状況把握のため、入所申請時に提出した入所申請書等を、入所予定のきらめきクラブに共有すること。 (2) 保護者の就労状況確認のため、入所申請時に提出した就労証明書を、入所予定のきらめきクラブに共有すること。 (3) 小学校と円滑な連携が図れるよう、通学する(予定の)小学校との間で情報を共有すること。 (4) 緊急時において、病院その他関係機関に対して必要な情報提供を行うこと。	
2. 令和7年度の放課後児童クラブ保育料減免に係る前年度(令和6年度)課税台帳の内容確認を行うことに同意します。	
3. きらめきクラブに入所中は、施設の規定を守り、保育料は責任を持って期日までに納付することを誓います。	
令和 年 月 日	
保護者署名	(※)
保護者署名	(※)

(※)署名又は記名押印してください(氏名が自署の場合は押印不要。)

家 庭 状 況 届 (兼調査票)

きらめきクラブ用 R7

児童氏名	
------	--

保護者の状況 父、母それぞれの状況について、当てはまる部分に記入してください。

	父 の 状 況 ☐ 不存在	母 の 状 況 ☐ 不存在
不存在理由 (父母が不存在の場合は該当するものに○をしてください)	離婚・死別・別居・未婚・その他() (事由が発生したとき 年 月 日)	離婚・死別・別居・未婚・その他() (事由が発生したとき 年 月 日)
該当する状況に○をつけてください	1. 外勤 2. 自営 3. 内定 4. 就学等 5. 求職中 6. 単身赴任 7. その他 ()	1. 外勤 2. 自営 3. 内定 4. 就学等 5. 求職中 6. 単身赴任 7. その他 ()
仕事先の名称 (予定の場合も記入)	電話 内線	電話 内線
仕事先の所在地	所在地 通勤手段 通勤時間 分	所在地 通勤手段 通勤時間 分
仕事の内容		
勤務時間・日数	時 分 ~ 時 分 週・月 日	時 分 ~ 時 分 週・月 日
就労(予定)年月日	年 月 日 から	年 月 日 から
産前・産後休業 育児休業	産前・産後休業 有・無 年 月 日 から 年 月 日 まで 育児休業 有・無 年 月 日 から 年 月 日 まで ※現在取得中の方は御記入ください。	
出 産	出産予定日 年 月 日 ※母子手帳の表紙及び出産予定日が記載されているページの写しを添付してください。	
病 気	病 名 入 院 年 月 日から 通 院 週・月 回 ※医療機関で記入してもらった、保育ができないことを証明する診断書を添付してください。	病 名 入 院 年 月 日から 通 院 週・月 回 ※医療機関で記入してもらった、保育ができないことを証明する診断書を添付してください。
心 身 障 害	障害名 (級) (④・A・B・C)	障害名 (級) (④・A・B・C) ※障害者手帳をお持ちの方は、手帳の写しを必ず添付してください。
看 護 ・ 介 護	病人名 続柄 病名等 居宅内 全介護・常時観察介護・要介護 居宅外 入院・その他() ※看護・介護を受ける方の診断書又は障害者手帳の写しを添付してください。	病人名 続柄 病名等 居宅内 全介護・常時観察介護・要介護 居宅外 入院・その他() ※看護・介護を受ける方の診断書又は障害者手帳の写しを添付してください。

祖父母の状況 ※年齢は、令和7年4月1日時点での年齢を御記入ください。

父 方		母 方	
祖 父	氏名 住所 生年月日 年 月 日 (才) 職業 ☐ 不存在	祖 父	氏名 住所 生年月日 年 月 日 (才) 職業 ☐ 不存在
祖 母	氏名 住所 生年月日 年 月 日 (才) 職業 ☐ 不存在	祖 母	氏名 住所 生年月日 年 月 日 (才) 職業 ☐ 不存在

裏面につづく

児童の状況

保 育 状 況	1. 自宅で保育している。(週 日) 母 ・ 父 ・ 祖父母 ・ 友人 ・ その他 ()
	2. 預けている。(週 日) 年 月 日 より 祖父母 ・ 親類 ・ 友人 ・ 同伴就労 ・ その他 () 保育施設等 (学童 ・ 保育園 ・ 家庭保育室 ・ 職場の保育室 ・ 幼稚園) 名 称 _____ 電話 _____
健 康 状 態	1. 発達や慢性的な病気のことで相談している病院や施設がありますか？ 無 ・ 有 病院及び施設の名称 _____ 病名等 () ; 服薬をしている場合は、薬の種類と回数を御記入ください。 種類 () 回数 (1日 回)
	2. 「障害者手帳」又は「療育手帳」をお持ちですか？ 無 ・ 有 身体障害者手帳 (級) 療育手帳 (㉠ ・ A ・ B ・ C) (※有の場合は手帳の写しを添付してください) 特別児童扶養手当を受けている場合、証書番号と受給開始時期を御記入ください。 証書番号: _____ 受給開始時期: _____ 年 月から
	3. アトピーやアレルギー等がありますか？ 無 ・ 有 () 症状・除去食等 ()
	4. 入所に当たり、健康上又は発達上、気になることがありましたら御記入ください。

特記事項欄 入所申込みに当たり、家庭や児童の状況について特記事項がありましたら御記入ください。

--

就労証明書

東松山市長宛て

証明日
事業所
所在地

年 月 日

事業所名

代表者

電話番号

記入者名

次のとおり 勤務 ・ 採用決定(内定) （どちらかに○） していることを証明する。

氏 名		住 所	東松山市
採 用 年 月 日	年 月 日 採用（予定）		
産 休 ・ 育 休	*産前産後休業 年 月 日から 年 月 日まで		
	*育児休業等に関する法律 による育児休業 年 月 日から 年 月 日まで		
就 労 形 態	正規職員・パート・派遣・在宅勤務・自営業・単身赴任・その他（ ）		
仕 事 の 内 容	事務・サービス・専門技術・営業・労務・その他（ ）		
勤 務 時 間 (契約に基づく時間)	① 勤 務 時 間 帯		②休憩時間・実働時間数
	午前 午前 時 分 ～ 時 分 午後 午後		休憩（_____分） 1日の実働（_____時間）
①・②ともに御記入ください。勤務時間帯が多岐にわたる場合は、必ず下欄「特記事項」に御記入ください。			
勤務日 (○をつけてください)	月・火・水・木・金・土・日 週_____日	休日	定休（_____曜日） 不定休（月平均_____日間休み）
特 記 事 項 (就労時間が多岐にわたる場合は、各勤務パターン（時間及びその日数）をご記入ください。)	書き方) ○時～○時の勤務 実働□時間が週 又は 月に△日 以下勤務パターンごとに御記入ください。		

*実際の勤務地が上記事業所と異なるとき

実 際 の 勤 務 地 (派 遣 先 等)	名 称 所在地	電話番号 ()
----------------------------	------------	----------

- 事業所の方へ
- 1 事業所の代表者又はそれに代わる方が記入・証明をしてください。

2 記載内容について、保育課から証明者に確認・問い合わせをさせていただく場合があります。

3 証明内容に不正(虚偽)が認められた時は入室の決定を取り消すことがあります。

◎不明な点は東松山市役所保育課（tel:0493-23-2221 内線671～674）までお問い合わせください。

(保護者記入欄)

クラブ名

児童氏名

就労証明書

東松山市長宛て

記入例

証明日 令和6年11月×日

事業所所在地 埼玉県東松山市本町1-1

事業所名 株式会社〇〇工業

代表者 代表取締役 松山 太郎

電話番号 0493-23-XXXX

記入者名 松山 まつ

次のとおり勤務・採用決定(内定)（どちらかに○）していることを証明する。

氏名	松山 花子		住所	東松山市 松葉町1-1-58	
採用年月日	平成29年 4月 1日 採用(予定)				
産休・育休	*産前産後休暇 年 月 日から 年 月 日まで				
	*育児休業等に関する法律による育児休業 年 月 日から 年 月 日まで				
就労形態	正規職員・パート・派遣・在宅勤務・自営業・単身赴任・その他()				
仕事の内容	事務・サービス・専門技術・営業・労務・その他()				
勤務時間 (契約に基づく時間)	①勤務時間帯		②休憩時間・実働時間数		
	午前 8時30分 ~ 午後 午後		5時00分 休憩(60分) 1日の実働(7.5時間)		
①・②ともに御記入ください。勤務時間帯が多岐にわたる場合は、必ず下欄「特記事項」に御記入ください。					
勤務日 (○をつけてください)	月・火・水・木・金・土・日 週 6 日		休日	定休(曜日) 不定休(月平均 8日間休み)	
特記事項 (就労時間が多岐にわたる場合は、各勤務パターン(時間及びその日数)をご記入ください。)	書き方) ○時~○時の勤務 実働□時間が週又は月に△日 以下勤務パターンごとに御記入ください。 休日はシフトによる。 勤務時間6:30-15:00、8:30-17:00、10:00-18:30				

*実際の勤務地が上記事業所と異なるとき

実際の勤務地 (派遣先等)	名称	〇〇工業若松工場		
	所在地	東松山市若松町1-2-×	電話番号	(24)XXXX

- 事業所の方へ
- 1

事業所の代表者又はそれに代わる方が記入・証明をしてください。
- 2

記載内容について、保育課から証明者に確認・問い合わせをさせていただく場合があります。
- 3

証明内容に不正(虚偽)が認められた時は入室の決定を取り消すことがあります。

◎不明な点は東松山市役所保育課 (tel:0493-23-2221 内線671~674) までお問い合わせください。

(保護者記入欄)

クラブ名 きらめきクラブ〇〇

児童氏名 松山 一郎

児童氏名

父・母・祖父・祖母（この診断書の該当者に○をしてください。）

きらめきクラブ用 R7

診 断 書

東松山市長 宛て

年 月 日

医療機関名

所 在 地

医 師 名

次のとおり診断する。

氏 名	
生 年 月 日	
診 断 名	
児童の保育についての所見 ☐ 上記の者は、児童の保育が完全に不可能な状況である ☐ 上記の者は、児童の保育が困難な状況である ☐ 上記の者は、児童の保育が部分的に困難な状況である	
今後の状況 ☐ 1年以上治る見込みがない ☐ _____か月以上治る見込みがない ☐ その他（ ）	
備 考	

注意事項（記入者様へ）

- 1 お手数ですが、上記事項を漏れのないようにご記入ください。
- 2 この書類に関する費用の負担は請求者（患者）になります。

◎不明な点は東松山市役所保育課（tel: 2 3 - 2 2 2 1 内線 6 7 1 ～ 6 7 4）までお問い合わせください。

（保護者記入欄）

クラブ名 _____

児童氏名 _____

年 月 日

住 所 東松山市

保護者氏名 _____

氏名		続柄	(児童からみて)
住所			
障害の程度	☐ 身体障害者手帳 ☐ １級 ☐ ２級 ☐ ３級 ☐ ４級以下 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☐ １級 ☐ ２級 ☐ ３級 ☐ 療育手帳 ☐ ㊤ ☐ A ☐ B ☐ C ☐ その他 （ ）		
障害の状況	(日常生活での支障の程度を御記入ください)		

- 1 申告の内容に不正(虚偽)が認められた時は入所の決定を取り消すことがあります。
- 2 身体障害者手帳の写しや診断書など、症状が確認できるものを添付してください。

◎不明な点は東松山市役所保育課（tel:0493-23-2221 内線671～674）までお問い合わせください。

(保護者記入欄)

クラブ名

児童氏名 _____

在学証明書

東松山市長 宛て

年 月 日

学校所在地
学校名
代表者名
電話番号

記入者名

次のとおり在学中であることを証明する。

氏 名			住 所	東松山市		
入 学 年 月 日	年 月 日		卒 業 年 月 日 (予 定)	年 月 日		
通学日数	月 日 週 日					
就 学 内 容						
授 業 時 間 * 1 週間の平均的な授業時限を○で囲んだ上で、在学時間（その日の最初の講義開始時間から最後の講義終了時間）を記入してください。	月曜	1 限 ・ 2 限 ・ 3 限 ・ 4 限 ・ 5 限 ・ 6 限 ・ 7 限				
		時 分から 時 分まで				
	火曜	1 限 ・ 2 限 ・ 3 限 ・ 4 限 ・ 5 限 ・ 6 限 ・ 7 限				
		時 分から 時 分まで				
	水曜	1 限 ・ 2 限 ・ 3 限 ・ 4 限 ・ 5 限 ・ 6 限 ・ 7 限				
		時 分から 時 分まで				
	木曜	1 限 ・ 2 限 ・ 3 限 ・ 4 限 ・ 5 限 ・ 6 限 ・ 7 限				
		時 分から 時 分まで				
	金曜	1 限 ・ 2 限 ・ 3 限 ・ 4 限 ・ 5 限 ・ 6 限 ・ 7 限				
		時 分から 時 分まで				
	土曜	1 限 ・ 2 限 ・ 3 限 ・ 4 限 ・ 5 限 ・ 6 限 ・ 7 限				
		時 分から 時 分まで				
	合計	週 時間				
	備 考					

- 注 意 事 項
(記入者様へ)
- 1 お手数ですが、上記事項を漏れのないように御記入ください。

2 記入の無い欄は斜線を引くか「当該欄記入なし」と記入し、空欄のままにしないようお願いいたします。

3 記載内容について、担当課から証明者に確認・問合せをさせていただく場合があります。

4 証明内容に不正(虚偽)が認められた時は入所の決定を取り消すことがあります。

◎不明な点は東松山市役所保育課（tel:0493-23-2221 内線671～674）までお問い合わせください。
(保護者記入欄)

クラブ名

児童氏名

父・母・祖父・祖母（この申告書の該当者に○をしてください。）

介護・看護状況申告書

年 月 日

東松山市長 宛て

【介護・看護を行っている方】 住 所 東松山市
氏 名

保育施設入所の申込みに当たり、保護者が介護・看護を行っている状況について次のとおり申告します。

介護・看護が必要な方の 氏名		続柄	(介護・看護を 行っている方から みて)	
介護・看護が必要な方の 住所				
介護・看護を必要とする 理由	☐ 障害者手帳（身体・精神・療育） _____ 続 ☐ 要介護（度数： _____） ☐ 要支援（度数： _____） ☐ その他（病名 _____）			
施設入所状況	☐ 介護保険施設・障害者施設等に入所・通所している ☐ 入所・通所していない (施設名： _____)			

【一週間の介護状況】 ※平均的な1週間の介護状況を御自身で御記入ください。
※時間は記入しやすい時間で書き直していただいても結構です。

時 日	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
月																
火																
水																
木																
金																
土																
日																
例																

注意事項 1 申告の内容に不正(虚偽)が認められた時は入所の決定を取り消すことがあります。
2 介護・看護を必要とする理由については、該当するものの症状が確認できる書類（各種手帳の写しや、介護保険被保険者証の写し、診断書など）を添付してください。
3 施設入所・通所状況等に関して、担当課に照会することがあります。
◎不明な点は東松山市役所保育課（tel:0493-23-2221 内線671～674）までお問い合わせください。

(保護者記入欄) クラブ名 児童氏名

父・母・祖父・祖母（この誓約書の該当者に○をしてください。）

誓 約 書

年 月 日

東 松 山 市 長 宛て

放課後児童クラブ入所に際し、直ちに保育に欠けることの証明書類（就労証明書、診断書等）を提出することを誓約します。

もし、下記の期限までに提出できない場合には、保育の実施を解除されても異議を申し立てません。

記

- ① 新規入所を希望する場合… 放課後児童クラブ入所から2か月間
- ② 現在、放課後児童クラブに入所している場合… 退職した日等、入所児童が「保育に欠ける状態」に該当しなくなった日から2か月間

住 所 東松山市

氏 名 (※)

(※) 署名又は記名押印（氏名が自署の場合は押印不要）

クラブ名 _____

児童氏名 _____