

# 児童クラブ 桜の杜 利用 申込 書

(あて先)

令和 年 月 日

株式会社 桜の杜

申込者 (保護者)

住 所	〒 _____	ふりがな	
	広島市 _____ 区	申込者氏名 (保護者)	
	TEL ( _____ ) _____		

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
		平成 年 月 日生	小学校	年
利用を希望する放課後児童クラブ		児童クラブ 桜の杜		
利用を希望する期間		令和 年 月 日から 令和 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歳以上 ・ 18歳未満			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( _____ )
18歳以上 ・ 18歳未満			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( _____ )
18歳以上 ・ 18歳未満			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( _____ )
18歳以上 ・ 18歳未満			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( _____ )
18歳以上 ・ 18歳未満			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( _____ )

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