

別記

第1号様式 (第10条関係)

※ 番号 No. ( )

### ひづみ児童クラブ入会申込書

令和 年 月 日

社会福祉法人 ひづみ保育園長 様

〒  
住 所 柳井市

(自治会名: )

保護者氏名

次のとおり申し込みます。

ひづみ児童クラブに入会を希望します		入会希望日	年 月 日			
柳井市立 小学校 年 組		(4月以降の学年・組)				
ふりがな 入会児童名	性別		障がい	新規	平日希望日数	
	男・女		あり・なし	継続	週 日	
生年月日	年 月 日 ( 歳)		保護者との続柄 ( )			
保育希望期間	平日	授業終了後 ~ 時 分まで ・ 希望しない				
	土曜日	時 分 ~ 時 分まで ・ 希望しない				
	長期 休暇中	平日	時 分 ~ 時 分まで ・ 希望しない			
		土曜日	時 分 ~ 時 分まで ・ 希望しない			
入会児童を除く同居家族	続柄	氏 名	年齢	勤務先及び学校名等	帰宅予定時間	備 考
					:	
					:	
					:	
					:	
					:	
ひとり親世帯	1 該当 2 非該当					
入会理由	1 保護者が働いているため 2 その他 ( )					
緊急連絡先	順位	連絡先(個人・勤務先)		電話番号		
	1					
	2					
	3					
	自宅					
かかりつけ医師の病院名・診療科						
◎ 本人の健康、アレルギー、性格等日常生活で特に留意する点があれば記入して下さい。						

(注) 申込書1枚につき1人記入して下さい。

記入不要  
です。

※ 番号 No. ( )

( 記 入 例 )

ひづみ児童クラブ入会申込書

提出日を記入

令和〇〇年〇〇月〇〇日

社会福祉法人 ひづみ保育園長 様

〒 742-0000

住 所 柳井市日積 5551 番地 1

(自治会名：〇〇〇)

保護者氏名 日積 太郎

4月1日から利用できます  
希望日を入力してください

次のとおり申し込みます。

ひづみ児童クラブに入会を希望します		入会希望日	令和5年 4月 1日			
柳井市立 〇〇 小学校 1 年 組		(4月以降の学年・組)				
ふりがな 入会児童名	ひづみ はなこ <b>日積 花子</b>		性別	障がい	新規 継続	平日希望日数
			男・ <b>女</b>	あり・ <b>なし</b>		週 5 日
生年月日	H28年 11月 22日 ( 6 歳)		保護者との続柄 ( 長女 )			
保育希望期間	平日	授業終了後 ~ 17 時 00 分まで ・ 希望しない				
	土曜日	時 分 ~ 時 分まで ・ <b>希望しない</b>				
	長期 休暇中	平日	8 時 00 分 ~ 17 時 00 分まで ・ 希望しない			
		土曜日	時 分 ~ 時 分まで ・ <b>希望しない</b>			
入会児童を除く同居家族	続柄	氏 名	年齢	勤務先及び学校名等	帰宅予定時間	備 考
	父	日積 太郎	32	〇〇株式会社	19:00	
	母	日積 緑	30	(有)◇◇	18:00	
	長男	日積 大地	4	ひづみ保育園	18:00	
父母それぞれの就労証明書が必要です (60歳未満の同居の方(祖父母等)の就労証明書も必要です)						
ひとり親世帯	2 該当	<b>2</b> 非該当				
入会理由	<b>1</b> 保護者が働いているため 2 その他 ( )					
緊急連絡先	順位	連絡先(個人・勤務先)			電話番号	
	1	母親の携帯			080-0000-△△△△	
	2	(有)◇◇ (母親の勤務先)			□□-△△△△	
	3	父親の携帯			090-△△△△-◇◇◇◇	
自宅				△△-◇◇◇◇		
かかりつけ医師の病院名・診療科	〇〇医院 小児科			◇◇-△△△△		
◎ 本人の健康、アレルギー、性格等日常生活で特に留意する点があれば記入して下さい。						
<b>〇〇アレルギーなので、〇〇については食べることができません。</b>						

(注) 申込書1枚につき1人記入して下さい。

第2号様式 (第10条関係)

ひづみ児童クラブ	入会希望児童名		
<b>就 労 証 明 書 (児童クラブ入会用)</b> 就労者氏名 _____ 住 所 _____			
就 労 形 態	1. 常勤 4. 自営	2. 臨時 5. 内職	3. パートタイム 6. その他( )
採用開始年月日	年 月 日		
勤 務 先 等	名 称		
	所 在 地		
	電 話 番 号		
	単身赴任の有無	有 ・ 無	
就 労 時 間	【平 日】	午前 時 分 ~ 午後 時 分	
	【土曜日就労の場合】	午前 時 分 ~ 午後 時 分	
休 日	月 回	毎週	曜日・隔週 曜日・その他( )
上記のとおり就労していることを証明いたします。 (A・Bどちらかに証明してください。)			
年 月 日			
社会福祉法人 ひづみ保育園長 様  <b>A (事業所用)</b> 所在地 事業所名 代表者名 印 電話番号  <b>B (自営用・その他)</b> 住 所 氏 名 印 電話番号			

ひづみ児童クラブ	入会希望児童名	〇〇〇〇〇〇
<b>就 労 証 明 書 (児童クラブ入会用)</b>		
就労者氏名 <u>〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇</u>		
住 所 <u>〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇</u>		
就 労 形 態	<input checked="" type="radio"/> 1. 常勤      2. 臨時      3. パートタイム <input type="radio"/> 4. 自営      5. 内職      6. その他(                  )	
採用開始年月日	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	
勤 務 先 等	名 称	株式会社〇〇 柳井支店
	所 在 地	柳井市南町 1-10-〇
	電 話 番 号	0820 - 22 - 〇〇〇〇
	単身赴任の有無	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
就 労 時 間	【平 日】 午前 〇 時 〇 分 ~ 午後 〇 時 〇 分	
	【土曜日就労の場合】 午前 時 分 ~ 午後 時 分	
休 日	月 8 回	毎週 土、日 曜日・隔週 曜日・その他(                  )
上記のとおり就労していることを証明いたします。 (A・Bどちらかに証明してください。)		休日の状況は、できるだけ詳しく記載してください。 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
社会福祉法人 ひづみ保育園長 様  <b>A (事業所用)</b> 所 在 地 柳井市〇〇〇〇〇〇 事業所名 株式会社〇〇〇〇 代表者名 〇〇〇〇〇〇〇      印 電話番号 0820-22-〇〇〇〇  <b>B (自営用・その他)</b> 住 所 氏 名                              印 電話番号		

# 児童クラブからの帰宅方法について

帰宅方法等を確認させていただきます。

ひづみ児童クラブ 児童氏名.....(.....年生)  
保護者氏名.....

## 1. 帰宅方法について、記入してください。

保護者によるお迎えが原則です。特に1年生の場合は必ずお守りください。

### a. 迎えに行きます。

- 迎えの時間 … .....時.....分頃
- 迎えに来る人 … 氏名 .....
- 続柄 父・母・祖父・祖母・その他: .....
- 住所 .....
- 連絡先 .....

### b. 「きょうだい」と歩いて帰ります。

※ 帰宅時刻は、学校で決められている時刻と同じです。

- きょうだいと帰る場合 … 学年..... 氏名.....  
..... 学年..... 氏名.....

### c. その他

※ 送迎は保護者によるお迎えが原則です。やむを得ず、ひとりで帰らせる場合は、保護者の責任のもとで行っていただきますので、その旨を必ずご記入ください。(例)保護者の責任において、ひとりで帰らせますなど。

.....  
※ ※送迎が難しい場合はファミリー・サポート・センター (TEL23-0668) をご活用ください。(要登録・要利用料)

## 2. 平日の利用する曜日を○で囲んでください。

月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 (一週間で.....日利用予定)

登録されていても、勤務のない日等、私用でのご利用はできません。

保護者のリフレッシュ等には、ファミリー・サポート・センター (TEL23-0668) をご活用ください。

## 3. 習い事等で早く帰る日がある場合、記入してください。

- ・ 曜日 時 分頃 ・ 曜日 時 分頃
- ・ 曜日 時 分頃 ・ 曜日 時 分頃

※入会時に必ず児童クラブへ提出してください。

年 月 日

ひづみ保育園園長 殿

保護者 住所

(電話 )

氏名

(児童との続柄： )

### 年度 月分児童クラブ利用申込書

年度 月分ひづみ保育園児童クラブ利用申込書を、利用料を添えて提出します。

児童氏名 男・女 (生年月日：平成 年 月 日)

男・女 (生年月日：平成 年 月 日)

通学学校名 日積小学校 (学年： 年・ 歳)

日積小学校 (学年： 年・ 歳)

(他校) 小学校 (学年： 年・ 歳)

住 所 (上記住所と異なる場合のみ記入)

利用予定日 (該当する方に、☑をお願いします)

- 平日のみ利用…保育料：3,000円 + おやつ代：1,000円
- 平日及び土曜日を利用…保育料：4,000円(予定)+おやつ代：1,200円

曜							
(月)	1	2	3	4	5	6	7
	8	9	10	11	12	13	14
	15	16	17	18	19	20	21
	22	23	24	25	26	27	28
	29	30	31				

(放課後保育は△、1日保育は○で囲んでください。)

※ ここからは、記入しないで下さい。

受領年月日	園長印
年 月 日	

## 申込書類（注意点）

- ◎ **入会申込書** 児童1人につき1枚提出してください。
- ◎ **添付書類** 父母及び60歳未満の同居の方それぞれ添付書等の証明書が必要です。  
 弟妹が当園に在籍中の方は、弟妹の保育園入園継続申請に添付する書類のコピーの添付でも構いません。

入会理由	添 付 書 類 等
就労・就労内定	就労証明書 ※ 会社勤務の場合は勤務先で、自営業の場合は自営主が証明してください。 ※ 兄弟姉妹で入会申込の場合は、就労証明書は1部で結構です。
疾病・障がい	医師の診断書・障害手帳等（写）
介護・看護	医師の診断書・障害手帳・介護保険被保険者証等（写）
妊娠・出産	母子手帳の写し等証明できるもの ※ <u>承諾期間は、出産予定日前8週間(多胎妊娠の場合は14週間)に当たる日から            出産日後8週間に当たる日までの間となります。</u>
就学・職業訓練	在学証明書・学生証・合格決定通知書等の就学等が確認できるもの

### ◎ 申込書類等の記入及び留意点について

#### ○ 「放課後児童クラブ入会申込書」

- ・ 4月1日から入会できますので、「入会希望日」は4月1日以降の日付を記入してください。
- ・ 「保育希望期間」の土曜日及び長期休暇中は、開設時刻が午前8時からになりますので、必ず午前8時以降の時間を記入してください。
- ・ 終了時刻は原則午後5時ですが、仕事等の都合により時間の延長を希望され、事前に申し出がある場合は午後6時15分まで延長が可能です。
- ・ 土曜日、長期休暇中をご利用されない場合は、「希望しない」に○印してください。
- ・ 土曜日に勤務のない方は、土曜日をご利用できませんのでご注意ください。
- ・ 就労証明書と整合性が取れるように記入してください。
- ・ 「連絡方法」は、連絡してほしい順番に、電話番号を記載してください。
- ・ 児童の健康等（アレルギーなど）、日常生活で留意する点等をあれば、必ず記入してください。

#### ○ 添付書類

- ・ 就労証明書等は父母それぞれ必要です。
- ・ 60歳未満の同居の方（祖父母等）についても、就労証明書等の証明書類を提出してください。（60歳以上は提出不要です。）

#### ○ その他

- ・ 入会児童に障がいがある場合は、職員の加配等の必要がありますので、医師の診断書及び障害者手帳などの証明となるものを添付してください。

※

就労証明書が期限までに間に合わない場合は、入会申込書だけでも提出してください。

## 今年度学童保育児童傷害保険の内容について（留守家庭児童団体傷害保険特約付帯傷害保険）

### 引き受け保険会社

東京海上日動火災保険株式会社 公務第2部 文教公務室（公社）全国私立保育園連盟（有）ゼンボ

### この保険の特長

- 児童が学童保育所の管理下中(往復途上を含みます。)に急激かつ偶然な外来の事故による傷害を被った場合に、学童保育所の管理責任や業務責任の有無に関係なく保険金をお支払いします。
- 健康保険や生命保険および加害者からの賠償金などとは関係なく保険金をお支払いします。
- 熱中症(日射または熱射による身体の障害)による死亡・後遺障害、入院・手術、通院を補償します。

### お支払いの対象となる損害

学童保育所の管理下において児童および指導員が急激、偶然、外来の事故により身体に傷害を被った場合に保険金をお支払いします。この保険でいう「学童保育所の管理下」とは次の場合をいいます。

- (1) 学童保育所施設内にいる間
- (2) 学童保育所の行事としての遠足等(学童保育所の指導員が引率するものに限ります。)に参加している間
- (3) 住居(学校・保育園・認定こども園から施設に赴く場合は、その学校・保育園・認定こども園)と学童保育所施設(施設以外の場所で施設の行事が行われるときのその場所または所定の集合・解散の場所を含みます。)とを合理的な経路および方法により往復している間

### 補償の内容

加え依頼書記載の施設の管理下中\*1の「急激かつ偶然な外来の事故」により、被保険者(保険の対象となる方)がケガ\*2をした場合に保険金をお支払いします。

\*1 施設の管理下中には、往復途上を含みます。

\*2 ケガには、有毒ガスまたは有毒物質による急性中毒、細菌性食中毒、ウイルス性食中毒および熱中症(急激かつ外来の日射または熱射による身体の障害)を含みます。なお、職業病、テニス肩のような急性性、偶然性、外来性のいずれかまたはすべてを欠くケースについては、保険金お支払いの対象となりませんのでご注意ください。

保険金支払の対象となっていない身体に生じた障害の影響等によって、保険金を支払うべきケガの程度が重大となった場合は、東京海上日動は、その影響がなかったときに相当する金額をお支払いします。詳細は、パンフレット等記載のお問い合わせ先までご連絡ください。

補償項目	保険金をお支払いする主な場合	保険金をお支払いしない主な場合
死亡保険金	事故の日からその日を含めて180日以内に <b>死亡された場合</b> ▶死亡・後遺障害保険金額の全額をお支払いします。 ※既に支払われた後遺障害保険金がある場合は、死亡・後遺障害保険金額から既に支払われた金額を差し引いた額をお支払いします。	・地震・噴火またはこれらによる津波によって生じたケガ ・保険契約者または保険の対象となる方の故意または <b>重大な過失</b> によって生じたケガ
後遺障害保険金	事故の日からその日を含めて180日以内に身体に <b>後遺障害が生じた場合</b> ▶後遺障害の程度に応じて死亡後遺障害保険金額の4%~100%をお支払いします。 ※保険期間を通じ合算して死亡・後遺障害保険金額が限度となります。	・保険金の受取人の <b>故意</b> または <b>重大な過失</b> によって生じたケガ(その方が受け取るべき金額部分)
入院保険金	医師等の治療を必要とし、事故の日からその日を含めて180日以内に <b>入院された場合</b> ▶入院保険金日額に入院した日数(実日数)を乗じた額をお支払いします。ただし、事故の日からその日を含めて180日を経過した後の入院に対してはお支払いできません。また、支払対象となる「入院した日数」は、1事故について180日を限度とします。 ※入院保険金が支払われる期間中、さらに別のケガをされても入院保険金は重複してはお支払いできません。	・保険の対象となる方の <b>闘争行為</b> 、自殺行為または <b>犯罪行為</b> によって生じたケガ
手術保険金	治療を目的として、 <b>公的医療保険制度に基づく医科診療報酬点数表により手術料の算定対象として列挙されている手術*1</b> または <b>先進医療*2</b> に該当する <b>所定の手術を受けられた場合</b> ▶入院保険金日額の10倍(入院中の手術)または5倍(入院中以外の手術)の額をお支払いします。ただし、1事故について事故の日からその日を含めて180日以内に受けた手術1回に限り*3。 *1 傷の処置や抜歯等お支払いの対象外の手術があります。 *2 「先進医療」とは、公的医療保険制度に定められる評価療養のうち、厚生労働大臣が定める先進医療(先進医療ごとに厚生労働大臣が定める施設基準に適合する病院または診療所等において行われるもの)に限ります。)(詳細については厚生労働省のホームページをご参照ください。)。なお、療養を受けた日現在、公的医療保険制度の給付対象になっている療養は先進医療とはみなされません(保険期間中に対象となる先進医療は変動する可能性があります。)。 *3 1事故に基づくケガに対して入院中と入院中以外の両方の手術を受けた場合には、入院保険金日額の10倍の額のみお支払いします。	・ <b>無免許運転や酒気帯り運転</b> をしている場合に生じたケガ ・脳疾患、疾病または心神喪失によって生じたケガ ・妊娠、出産、早産または流産によって生じたケガ ・外科的手術等の医療処置(保険金が支払われるケガを治療する場合を除きます。))によって生じたケガ
通院保険金	医師等の治療を必要とし、事故の日からその日を含めて180日以内に <b>通院(住診を含みます。)</b> された場合 ▶通院保険金日額に通院した日数(実日数)を乗じた額をお支払いします。ただし、事故の日からその日を含めて180日を経過した後の通院に対しては、お支払いできません。また、支払対象となる「通院した日数」は、1事故について90日を限度とします。 ※入院保険金と重複してはお支払いできません。さらに別のケガをされても通院保険金は重複してはお支払いできません。 ※通院しない場合であっても、医師等の治療により所定の部位の骨折等によりギプス等*1を常時装着した日数についても、「通院した日数」に含まれます。 *1 ギプス・キャスト、ギプスシーネ、ギプスシャーレ、副子・シーネ・スプリント固定、創外固定器、PTBキャスト、PTBブレース、線副子等およびハローベストをいいます。	・自動車等の乗用員を用いて競技、試運転、競技場でのフリー走行等を行っている間に生じた事故によって被ったケガ ・むちうち症や腰痛等で、医学的他覚所見のないもの

### 1口あたりの補償額および保険料

保 険 金 額		年間1名1口あたり保険料
死亡・後遺障害保険金	119万円	800円
入院保険金日額*	1,500円	
通院保険金日額	1,000円	

\* 手術保険金のお支払額は、入院保険金日額の10倍(入院中の手術)、または5倍(入院中以外の手術)の額をお支払いします。傷の処置や抜歯等お支払いの対象外の手術があります。

20230301 改