

# 自己申告書

墨田区長 あて

記入日

令和 年 月 日

学童クラブの申込にあたり、保護者の状況について、下記のとおり申告します。

住所  
氏名

※虚偽の申告は、学童クラブの利用の承認を取り消す場合があります（墨田区学童クラブ条例第10条）。

|             |            |   |                                     |                  |  |
|-------------|------------|---|-------------------------------------|------------------|--|
| 就学・技能<br>習得 | 学校名        |   |                                     |                  |  |
|             | 所在地        |   |                                     |                  |  |
|             | 就学期間       | 令和 年 月 日                                      | ～                                   | 令和 年 月 日         |  |
|             | 就学日        | 平日週   | 日（土曜 有・無）                           |                  |  |
|             | 就学時間       | 午前・午後   | 時 分                                 | ～午前・午後 時 分       |  |
| 出産          | 出産予定日      | 令和 年 月 日                                      | 出産休暇後、育児休業を取得予定                     | 有・無              |  |
| 疾病          | 疾病名        |   |                                     |                  |  |
|             | 病院名        |   |                                     |                  |  |
|             | 所在地        |   |                                     |                  |  |
|             | 入院期間       | 令和 年 月 日                                      | ～                                   | 令和 年 月 日         |  |
|             | 通院日        | 平日週   | 日（土曜 有・無）                           |                  |  |
|             | 通院時間       | 午前・午後   | 時 分                                 | ～午前・午後 時 分       |  |
| 障害          | 障害名        |   |                                     |                  |  |
|             | 通院日        | 平日週   | 日（土曜 有・無）                           |                  |  |
|             | 通院時間       | 午前・午後   | 時 分                                 | ～午前・午後 時 分       |  |
|             | 手帳         | 有(身体障害者手帳 級・愛の手帳 度・精神障害者保険福祉手帳 級)<br>無(障害の状況) |                                     |                  |  |
| 介護<br>(看護)  | 介護を要する人の氏名 |   | 児童との続柄                              | 祖父・祖母・父・母・その他( ) |  |
|             | 介護をしている場所  | 同居・別居(住所 )<br>病院等(名称 住所 )                     |                                     |                  |  |
|             | 介護保険等認定状況  | 介護保険  | 無・有 (要介護 5・4・3・2・1 要支援 2・1 非該当)     |                  |  |
|             |            | 障害手帳  | 無・有(身体障害者手帳 級・愛の手帳 度・精神障害者保険福祉手帳 級) |                  |  |
|             | 介護する日      | 平日週   | 日（土曜 有・無）                           |                  |  |
|             | 介護時間       | 午前・午後   | 時 分                                 | ～午前・午後 時 分       |  |
|             | 通院日        | 平日週   | 日（土曜 有・無）                           |                  |  |
| 通院時間        | 午前・午後      | 時 分   | ～午前・午後 時 分                          |                  |  |

通学等で移動がある場合は記入してください。

|      |   |
|------|---|
| 移動時間 | 片道 時間 分 (交通手段 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> その他)<br>※令和6年4月以降に保育園等の送迎がある場合は、送迎時間を通勤時間に含めて記入してください。 |
|------|---|

|                     |          |  |
|---------------------|----------|--|
| 事務処理欄(※記入しないでください。) |          |  |
| 基準<br>指数            | 番号<br>指数 |  |

(裏面に記入要領があります)

## 自己申告書記入要領

- 1 消えるペン、鉛筆による記入はしないでください。
- 2 この申告書は、学童クラブ利用申請の内容審査のために使用するものであり、その他の目的に使用することはありません。
- 3 空欄があった場合には、該当なしとして扱います。

|             |                          |  |  |                         |  |
|-------------|--------------------------|--|--|-------------------------|--|
| 記入日         | 本申告書の記入日を記入してください。       |  |  |                         |  |
| 住所          | 本申告に該当する保護者の住所を記入してください。 |  |  |                         |  |
| 氏名          | 本申告に該当する保護者の氏名を記入してください。 |  |  |                         |  |
| 就学・技能<br>習得 | 学校名                      | 就学・技能習得している学校等の名称を記入してください。  |  |                         |  |
|             | 所在地                      | 就学・技能習得している学校等の住所を記入してください。  |  |                         |  |
|             | 就学期間                     | 就学・技能習得する期間を記入してください。  |  |                         |  |
|             | 就学日                      | ・就学・技能習得する平日(月～金)の日数を記入してください。<br>・土曜日の就学・技能習得の有無に○をつけてください。                   |  |                         |  |
|             | 就学時間                     | 就学・技能習得する時間を記入してください。  |  |                         |  |
| 出産          | 出産予定日                    | 出産予定日と出産休暇後、育児休業の取得予定の有無を記入してください。   |  |                         |  |
| 疾病          | 疾病名                      | 病名を記入してください。   |  |                         |  |
|             | 病院名                      | 通院・入院等をしている医療機関名を記入してください。   |  |                         |  |
|             | 所在地                      | 通院・入院等をしている医療機関の住所を記入してください。   |  |                         |  |
|             | 入院期間                     | 入院される場合は、入院期間を記入してください。  |  |                         |  |
|             | 通院日                      | ・通院する平日(月～金)の日数を記入してください。<br>・土曜日の通院の有無に○をつけてください。                             |  |                         |  |
|             | 通院時間                     | 通院に要する時間を記入してください。   |  |                         |  |
| 障害          | 障害名                      | 障害名を記入してください。  |  |                         |  |
|             | 通院日                      | ・通院する平日(月～金)の日数を記入してください。<br>・土曜日の通院の有無に○をつけてください。                             |  |                         |  |
|             | 通院時間                     | 通院に要する時間を記入してください。   |  |                         |  |
|             | 手帳                       | ・所有している障害手帳の有無に○を記入してください。<br>・有の場合は、手帳の等級を記入してください。<br>・無の場合は、障害の状況を記入してください。 |  |                         |  |
| 介護<br>(看護)  | 介護を要する人の氏名               | 被介護者の氏名を記入してください。  | 児童との<br>続柄   | 左欄の被介護者と児童の続柄を記入してください。 |  |
|             | 介護をしている場所                | 介護をしている場所を記入してください。  |  |                         |  |
|             | 介護保険等<br>認定状況            | 介護保険   | ・介護保険の有無に○をしてください。<br>・有の場合は、介護度をご記入ください。            |                         |  |
|             |                          | 障害手帳   | ・所有している障害手帳の有無に○を記入してください。<br>・有の場合は、手帳の等級を記入してください。 |                         |  |
|             | 介護する日                    | ・介護する平日(月～金)の日数を記入してください。<br>・土曜日の介護の有無に○をつけてください。                             |  |                         |  |
|             | 介護時間                     | 介護に要する時間を記入してください。   |  |                         |  |
|             | 通院日                      | ・通院に同行する平日(月～金)の日数を記入してください。<br>・土曜日の通院同行の有無に○をつけてください。                        |  |                         |  |
|             | 通院時間                     | 通院の同行に要する時間を記入してください。  |  |                         |  |

[問い合わせ先] 墨田区子ども・子育て支援部子育て政策課子育て政策担当

電話 03-5608-6195(直通) FAX 03-5608-6404 (平日の午前8時30分から午後5時まで)