

※利用施設

受付印

市立児童館等利用申込書

令和 年 月 日

保護者 住 所 上山市

氏 名

連絡先

自宅TEL

—

—

携帯TEL

父

—

—

母

—

—

上山市長 様

児童館等の利用について次のとおり申し込みます。

必要に応じ、私の世帯の市民税課税台帳及び世帯情報を閲覧することに同意します。

太線の中を記入してください。
※は記入しないでください。

利用希望施設名

上小

（上小・南小以外の
小学校に通っている
場合は個別にご
相談ください）

南小

第1希望

第2希望

利用児童の氏名			性別	生年月日		利用時学年
(カナ)			男・女	平成 年 月 日 令和 年 月 日		令和8年4月1日時点 年生
家族の氏名 〔父母以外は同居している 全ての方を記入してください〕	児童との続柄	同居・別居	生年月日		勤務先（自営の場合は店舗名、事業所名等） 電話番号	
(カナ)	父	同・別	昭平	年 月 日	勤 務 先： (通学先) 電話番号： — —	
(カナ)	母	同・別	昭平	年 月 日	勤 務 先： (通学先) 電話番号： — —	
(カナ)		同	大昭平令	年 月 日	勤 務 先： (通学・通園先) 電話番号： — —	
(カナ)		同	大昭平令	年 月 日	勤 務 先： (通学・通園先) 電話番号： — —	
(カナ)		同	大昭平令	年 月 日	勤 務 先： (通学・通園先) 電話番号： — —	
(カナ)		同	大昭平令	年 月 日	勤 務 先： (通学・通園先) 電話番号： — —	

利用を希望する理由	
利用希望期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで
利用希望曜日	月・火・水・木・金・土

上記に書ききれない場合には、任意の用紙に記入し、添付してください。

◎ 裏面も必ず記入してください。

市立児童館等利用申込理由書（父母）

父（必要事項を記入してください。）				母（必要事項を記入してください。）			
不 存 在	該当する内容に○をつけてください。			不 存 在	該当する内容に○をつけてください。		
	死亡・離婚・別居・その他（ ）				死亡・離婚・別居・その他（ ）		
※必要に応じて状況がわかる書類を求める場合有				※必要に応じて状況がわかる書類を求める場合有			
就 労 ・ 自 営 業 ・ 就 労 内 定	通 勤	時 間	勤務先から利用希望施設までの移動時間	通 勤	時 間	勤務先から利用希望施設までの移動時間	
			なし ・ 片道			時間 分	なし ・ 片道
	※就労証明書（内定書）、自営業・農業等就労状況申立等の添付			※就労証明書（内定書）、自営業・農業等就労状況申立等の添付			
	休産 暇前 産後 取得中 ・ 取得予定 期 間 年 月 日 ～ 年 月 日			休産 暇前 産後 取得中 ・ 取得予定 期 間 年 月 日 ～ 年 月 日			
	※母子手帳の写し添付（母の氏名、分娩予定日の記載のあるもの）			※母子手帳の写し添付（母の氏名、分娩予定日の記載のあるもの）			
就 学 ・ 就 学 予 定	通 学	期 間	年 月 日 ～ 年 月 日	通 学	期 間	年 月 日 ～ 年 月 日	
		時 間	就学先から利用希望施設までの移動時間		時 間	就学先から利用希望施設までの移動時間	
	片道 時間 分			片道 時間 分			
※在学証明書・時間割表など添付（予定者は決定次第提出すること。）				※在学証明書・時間割表など添付（予定者は決定次第提出すること。）			
疾 病 ・ 負 傷 ・ 障 が い	病 名			疾 病 ・ 負 傷 ・ 障 が い	病 名		
	入 院 期 間		年 月 日 ～ 年 月 日		入 院 期 間		年 月 日 ～ 年 月 日
	自 宅 療 養 期		年 月 日 ～ 年 月 日		自 宅 療 養 期		年 月 日 ～ 年 月 日
	通 院 状 況				通 院 状 況		
	保育できない状況				保育できない状況		
	※申立書・医師の診断書または障がい者手帳の写し添付（専門機関の意見書などある場合は、写しを添付）				※申立書・医師の診断書または障がい者手帳の写し添付（専門機関の意見書などある場合は、写しを添付）		
看 護 ・ 介 護	氏 名		児童との続柄（ ）	看 護 ・ 介 護	氏 名		児童との続柄（ ）
	病 名		要介護（ ）		病 名		要介護（ ）
	入 院 期 間		年 月 日 ～ 年 月 日		入 院 期 間		年 月 日 ～ 年 月 日
	自 宅 療 養 期		年 月 日 ～ 年 月 日		自 宅 療 養 期		年 月 日 ～ 年 月 日
	通 院 状 況				通 院 状 況		
	保育できない状況				保育できない状況		
	※看護対象者の診断書、介護対象者の介護保険被保険者証の写し添付				※看護対象者の診断書、介護対象者の介護保険被保険者証の写し添付		
災 害 復 旧	災害復旧活動状況（できるだけ詳細に記入してください。）			災 害 復 旧	災害復旧活動状況（できるだけ詳細に記入してください。）		
	※災害復旧にあたっていることを証明する書類添付				※災害復旧にあたっていることを証明する書類添付		
そ の 他	その他、児童を家庭で保育できない状況を詳細に記入してください。			そ の 他	その他、児童を家庭で保育できない状況を詳細に記入してください。		
	※必要に応じて家庭で保育できない状況がわかる書類添付				※必要に応じて家庭で保育できない状況がわかる書類添付		

上記に書ききれない場合には、任意の用紙に記入し、添付してください。

父方

市立児童館等利用申込理由書（祖父母等）

■ 同居をしている・していないを問わず、記入してください。（年齢は令和8年4月1日時点）

祖父・祖母・その他（児童との続柄） （いずれかに○を付けてください。）		祖父・祖母・その他（児童との続柄） （いずれかに○を付けてください。）	
氏名	年齢 歳	氏名	年齢 歳
住所		住所	
状 況	該当する内容に○をつけてください。 同居・別居[学区内・市内・市外（市町村県）] 死亡・離婚・その他（市町村県）	状 況	該当する内容に○をつけてください。 同居・別居[学区内・市内・市外（市町村県）] 死亡・離婚・その他（市町村県）
	外勤・自営・無職		外勤・自営・無職
	下記に記入又は○をつけてください。		下記に記入又は○をつけてください。
	勤務先名称（ ）		勤務先名称（ ）
	勤務先 TEL（ — — ）		勤務先 TEL（ — — ）
	時間（ 時 分 ～ 時 分）		時間（ 時 分 ～ 時 分）
日数（週 日（月・火・水・木・金・土・日）	日数（週 日（月・火・水・木・金・土・日）		
利用希望施設までの移動時間（ 時間 分）	利用希望施設までの移動時間（ 時間 分）		
疾 病 ・ 負 傷 ・ 障 が い	病 名	疾 病 ・ 負 傷 ・ 障 が い	病 名
	障 が い 名		障 が い 名
	入 院 期 間		年 月 日 ～ 年 月 日
	自 宅 療 養 期		年 月 日 ～ 年 月 日
	通 院 状 況		
保 育 で き な い 状 況	（障がい（ 級）の状態）	保 育 で き な い 状 況	（障がい（ 級）の状態）
看 護 ・ 介 護	氏 名	看 護 ・ 介 護	氏 名
	病 名		児童との続柄（ ）
	入 院 期 間		年 月 日 ～ 年 月 日
	自 宅 療 養 期		年 月 日 ～ 年 月 日
	通 院 状 況		
	保 育 で き な い 状 況		
災 害 復 旧	災害復旧活動状況（できるだけ詳細に記入してください。）	災 害 復 旧	災害復旧活動状況（できるだけ詳細に記入してください。）
そ の 他	その他、児童を家庭で保育できない状況を詳細に記入してください。	そ の 他	その他、児童を家庭で保育できない状況を詳細に記入してください。

上記に書ききれない場合には、任意の用紙に記入し、添付してください。

◎ 裏面も必ず記入してください。

母方

市立児童館等利用申込理由書（祖父母等）

■ 同居をしている・していないを問わず、記入してください。（年齢は令和8年4月1日時点）

祖父・祖母・その他（児童との続柄） （いずれかに○を付けてください。）			祖父・祖母・その他（児童との続柄） （いずれかに○を付けてください。）				
氏名		年齢	歳	氏名		年齢	歳
住所				住所			
状 況	該当する内容に○をつけてください。 同居・別居[学区内・市内・市外（市町村県）] 死亡・離婚・その他（市町村県）			該当する内容に○をつけてください。 同居・別居[学区内・市内・市外（市町村県）] 死亡・離婚・その他（市町村県）			
	外勤・自営・無職			外勤・自営・無職			
	下記に記入又は○をつけてください。			下記に記入又は○をつけてください。			
	勤務先名称（市町村県）			勤務先名称（市町村県）			
	勤務先 TEL（市町村県）			勤務先 TEL（市町村県）			
	時間（市町村県）時 分 ～ 時 分			時間（市町村県）時 分 ～ 時 分			
疾 病 ・ 負 傷 ・ 障 が い	氏名	児童との続柄（市町村県）		氏名	児童との続柄（市町村県）		
	入院期間	市町村県 年 月 日 ～ 年 月 日		入院期間	市町村県 年 月 日 ～ 年 月 日		
	自宅療養期	市町村県 年 月 日 ～ 年 月 日		自宅療養期	市町村県 年 月 日 ～ 年 月 日		
	通院状況			通院状況			
	保育できない状況	（障がい（市町村県）の状態）		保育できない状況	（障がい（市町村県）の状態）		
看 護 ・ 介 護	氏名	児童との続柄（市町村県）		氏名	児童との続柄（市町村県）		
	病名	要介護（市町村県）		病名	要介護（市町村県）		
	入院期間	市町村県 年 月 日 ～ 年 月 日		入院期間	市町村県 年 月 日 ～ 年 月 日		
	自宅療養期	市町村県 年 月 日 ～ 年 月 日		自宅療養期	市町村県 年 月 日 ～ 年 月 日		
	通院状況			通院状況			
	保育できない状況			保育できない状況			
災害復旧	災害復旧活動状況（できるだけ詳細に記入してください。）			災害復旧	災害復旧活動状況（できるだけ詳細に記入してください。）		
その他	その他、児童を家庭で保育できない状況を詳細に記入してください。			その他	その他、児童を家庭で保育できない状況を詳細に記入してください。		

上記に書ききれない場合には、任意の用紙に記入し、添付してください。