児童クラブ用

入室対象児童の障がい等に係る申出書

令和　　年　　月　　日

草　加　市　長　　宛て

住所
申出者　氏名
入室対象児童との関係（　　）

次のとおり入室対象児童の障がい等について申し出ます。
なお、障がい等の状況について、確認することに同意します。

<table>
<tr><td rowspan="2">入室対象児童</td><td>氏名</td><td></td><td>生年月日
学年</td><td colspan="2">年　月　日
新　年生</td></tr>
<tr><td colspan="2">入室希望児童クラブ</td><td colspan="3">児童クラブ</td></tr>
<tr><td rowspan="9">障がい等の種別（該当する項目に☑）</td><td>⑴</td><td colspan="2">□身体障害者手帳所持、□療育手帳所持
障がい名、等級等（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）
□特別児童扶養手当受給</td><td rowspan="9">障がい等の確認方法</td><td rowspan="7">市で確認（書類の提出は不要です。※）</td></tr>
<tr><td>⑵</td><td colspan="2">□特別支援学校通学（学校名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）
□特別支援学級通学</td></tr>
<tr><td>⑶</td><td colspan="2">□特別支援学校・学級相当の障がい等（相談中を含む。）</td></tr>
<tr><td>⑷</td><td colspan="2">□子育て支援センターでの受診（概ね１年以内）</td></tr>
<tr><td>⑸</td><td colspan="2">□育成保育利用（新１年生のみ）
保育園名（＿＿＿＿＿＿＿＿保育園）</td></tr>
<tr><td>⑹</td><td colspan="2">□障がい等を支援する福祉サービス利用（概ね１年以内）
対象福祉サービス：移送サービス事業、入浴サービス事業、おむつ支給事業、生活サポート事業、介護給付費支給事業（居宅介護、短期入所、行動援護）、障害児通所給付事業（放課後等デイサービス）、移動支援事業　※施設入所、医療・診療サービスは対象外</td></tr>
<tr><td>⑺</td><td colspan="2">□医師、児童相談所等公的機関の意見書・診断書</td><td rowspan="2"><u>診断書の写し等の提出が必要です。</u></td></tr>
<tr><td>⑻</td><td colspan="2">□その他上記に類するもの</td></tr>
<tr><td rowspan="2">確認事項</td><td colspan="5">入室対象児童が２年生以上の方は優先順位の区分の取扱いの希望の有無について（該当する項目に☑）
※詳しくは「令和９年度（２０２７年度）放課後児童クラブ入室案内」の５ページをご覧ください。</td></tr>
<tr><td colspan="5">□　希望する
□　希望しない</td></tr>
</table>

※　⑴～⑹の障がい等について、市で確認ができない場合（申し出時点で転入予定の方など）は、各種証明書類の写し等の提出をお願いすることがあります。不明な点は、こども青少年課担当までお問い合わせください。