

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 ⑩
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。

入室対象児童	氏名		生年月日 学年	年 月 日 新 年生
	入室希望児童クラブ		児童クラブ	
障がい等の種別 (該当する項目に☑)	(1)	☐ 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		障がい等の確認方法 市で確認（書類の提出は不要です。※）
	(2)	☐ 特別支援学校通学（学校名 ） ☐ 特別支援学級通学		
	(3)	☐ 特別支援学校・学級相当の障がい等（相談中を含む。）		
	(4)	☐ 子育て支援センターでの受診（概ね1年以内）		
	(5)	☐ 育成保育利用（新1年生のみ） 保育園名 () 保育園		
	(6)	☐ 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		
	(7)	☐ 医師、児童相談所等公的機関の意見書・診断書		診断書の写し等の提出が必要です。
	(8)	☐ その他上記に類するもの		
確認事項	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8年度（2026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。			
	☐ 希望する ☐ 希望しない			

※ 氏名を署名したときは、押印を省略することができます。

※ (1)～(6)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。