様式第１号（第４条関係）

受付日　．　．	教室（　　）
非・ひ・生	校　区　外

SAMPLE

提出日 Submission Date: 2026 / 12 / 03
YYYY/MM/DD

（宛先）
岩国市長　様
To Mayor of Iwakuni

放課後児童教室利用申請書
After School Childcare Program Application Form

申請者 Applicant Information

住　所 Address	郵便番号 Zip Code 740 - 0019 1-14-51, Imazu - machi, Iwakuni City 岩国市	
ふりがな Furigana (Japanese Reading) 保護者氏名 Parent's/Guardian's Name	いわくに　はなこ Surname First name Second Name Iwakuni Hanako	緊急連絡先 Emergency Contact Number 緊急① Phone① 012-3456-7890　父・(母)・他（　　）Father's Mother's other's 緊急② Phone② 012-3456-7890　父・母・(他)（Grandmother）Father's Mother's other's

次のとおり放課後児童教室の利用を申請します。I hereby apply for my child(ren)'s enrollment in after school childcare facility.

ふりがな Furigana (Japanese Reading) Name of Child (Surname First name , Second name)	性別 Gender	生年月日 Date of Birth	学校名・学年 Name of School・Grade
（いわくに　しょうた） Iwakuni Shota	M	2018 / 12 / 03 YYYY/MM/DD	Elementary School Grade 3 Kawashimo
いわくに　さくら Iwakuni Sakura	F	2020 / 12 / 03 YYYY/MM/DD	Elementary School Grade 1 Kawashimo
		YYYY/MM/DD	Elementary School Grade
利用希望期間 Enrollment Period ※Start date must be on or after 10th day from the application submission date.	から through まで	2027 / 04 / 01 YYYY/MM/DD　2028 / 03 / 31 YYYY/MM/DD	
想定利用日 Expected Attendance Day(s) ※希望曜日に○をして下さい。Circle the day(s).	(Mon)・(Tue)・(Wed)・(Thu)・(Fri)・Sat		
申請理由 Reason(s) for Enrollment ※項目に○をして下さい。Circle reason(s).	(就労Job)・妊娠又は出産後Pregnancy/Postnatal・疾病負傷障害Illness/Injury/Disability・看護介護Nursing/Nursing Care・職業訓練, 学校への就学中 Vocational Training/Attending School・災害の復旧Restoration after Disaster　その他Other reasons（　　）		

■ Child(ren)'s Medical and Health Questions

※If you have multiple children, write the names next to the answers.

☐ 放課後児童教室保護者緊急連絡メールの登録はお済みですか。
Have you registered for the after school childcare program emergency email service? （(Yes)・No）

☐ 食べ物や薬などにアレルギーはありますか。「はい」の場合は具体的に記入してください。
Does the child (do the children) have any allergies? （(Yes)・No）(If Yes, specify.　　)

☐ 現在、服薬している薬はありますか。「はい」の場合は具体的に記入してください。
Is your child (Are your children) taking any medications? （Yes・(No)）(If Yes, specify.　　)

☐ 障害や病気などの健康面に関して配慮する点はありますか。「はい」の場合は具体的に記入してください。
Does the child (do the children) have any special health care needs? （Yes・(No)）

If Yes, specify.

裏面も記入してください。☞ Please turn over for more questions.

■ 同居している家族（対象児童を除く世帯全員について記入してください。）
Write names of all family members living in the same household except for child(ren) applying for enrollment.

ふりがなFurigana 氏　名 Full Name	続柄 Relation-ship with child(ren)	性 別 Gender	生年月日 Date of Birth	勤務先通学(園)先等 Place of Work, School, etc.	勤務時間※就労されている方 Hours of Work (if employed)
いわくに　はなこ Surname First name Second Name Iwakuni Hanako	Mother	F	1998 / 04 / 00 YYYY/MM/DD	Iwakuni City Hall TEL 0827295075	平日 Weekdays 8 : 30 to 17 : 15 土曜 Saturdays : to : シフトShift・交代Rotation 【 M・Tu・W・Th・F・Sa 】
いまづ　かずお Imazu Kazuo	Grand-father	M	1970 / 04 / 00 YYYY/MM/DD	Self-Employed (Agriculture) TEL:	平日 Weekdays 7 : 00 to 17 : 00 土曜 Saturdays 7 : 00 to 16 : 30 シフトShift・交代Rotation 【 (M)・(Tu)・(W)・(Th)・(F)・(Sa) 】
いまづ　ふみこ Imazu Fumino	Grand-mother	F	1970 / 04 / 00 YYYY/MM/DD	Iwakuni Supermarket TEL:	平日 Weekdays 9:00 to 15:00 土曜 Saturdays 8:30 to 12:30 シフトShift・交代Rotation 【 (M)・(Tu)・W・Th・(F)・(Sa) 】
いわくに　かえで Iwakuni Kaede	Sister	F	2021 / 04 / 00 YYYY/MM/DD	Kintaikyo Hoikuen TEL:	平日 Weekdays : to : 土曜 Saturdays : to : シフトShift・交代Rotation 【 M・Tu・W・Th・F・Sa 】
			YYYY/MM/DD	TEL:	平日 Weekdays : to : 土曜 Saturdays : to : シフトShift・交代Rotation 【 M・Tu・W・Th・F・Sa 】

※ 勤務時間がシフト制又は交代制の場合は該当箇所に○をしてください。Circle “Shift” or “Rotation” if applied to your current work status.

※ 就労されていない方は勤務時間の記入は不要です。”Hours of Work” can be left blank if you do not work.

※ 訂正する場合は、訂正箇所に二重線を引いて記入してください。Cross out mistakes with double lines when correcting them.

※ **虚偽の申請その他不正の手段によって利用決定を受けたときは、その利用決定を取り消すことがあります。**
Forgery of documents may result in cancellation of enrollment.

■ 対象児童の父親や母親が同居していない場合は、次の該当理由に○をしてください。
Circle the reason(s) if either father or mother of the child(ren) doesn’t live in the same household.

	父親について father	母親について mother
理　由 Reasons	(別居 Living separately)・離婚 Divorced・死別 widowed・未婚 Single・拘禁 Imprisoned/Detained・行方不明 Missing・その他 Other（　　）	別居 Living separately・離婚 Divorced・死別 widowed・未婚 Single・拘禁 Imprisoned/Detained・行方不明 Missing・その他 Other（　　）
	いつからですか since （ 2025 / 09 ）	いつからですか since （　　）

「放課後児童教室利用申請書」「保育ができないことを証明する書類（就労証明書、医師による診断書など)」「放課後児童教室傷害・賠償責任保険に係る内容確認書」「減免申請書(必要な方のみ)」をそろえてから、申請期間内に御提出ください。
申請期間内に必要書類がそろわない場合は、保育幼稚園課まで御相談ください。
Please submit this enrollment application form before the deadline together with:
- Proof documents to show child(ren) cannot be cared for at home. (Employment Certificate, Doctor’s note, etc.)
- Afterschool childcare Insurance Confirmation Form
- Fee Waiver or Reduction Request (if necessary)

If above documents are not ready by the end of application period, contact the Nursery and Kindergarten Section.