入会要件申出書

（宛先）旭川市長

入会を希望する児童		生年月日（西暦）	小学校名	学年
ふりがな	あさひかわ　だい	２０１４年　９月　９日	育成小学校	３年生
氏　名	旭川　大			
ふりがな	あさひかわ　ゆき	２０１６年　７月　７日	育成小学校	１年生
氏　名	旭川　雪			
ふりがな		年　月　日	小学校	年生
氏　名				

対象者

ふりがな	あさひかわ　はなこ	生年月日（西暦）	電 話 番 号	
氏　名	旭川　花子	１９８３年　５月　５日	0166-00-1234	
住　所	〒　0[illegible]	マンション・アパート名，方書等	入会を希望する児童との続柄	
	旭川市[illegible]	旭川ハイツ２０１	母	
入会を必要とする理由	□妊娠・出産　□疾病・障害　□同居親族の介護・看護　□災害復旧 □就学　□その他（　　）			
申出の内容	（出産予定（出生）日：2023 年９月 15 日，〇〇学校在学中， △△病のため入院中，同居の祖父の介護，身体障害者手帳等）			
申出をする期間	２０２４年　６月　１日 から ２０２４年１２月３１日 まで			

いずれかにチェック

上記のとおり相違ないことを申し出ます。

２０２４年　５月１５日

住　　所　旭川市６条通９丁目４６番地
氏　　名　旭川　花子
電話番号　0166-00-1234

（注）１　「入会を必要とする理由」に応じて，次の表に掲げる書類を添付し，申出の内容を記入にてください。

入会を必要とする理由	書類	申出の内容
妊娠・出産	妊娠：母子健康手帳（表紙），妊娠に係る医師の証明書のいずれかの写し 出産：母子健康手帳（表紙）に加え，母子健康手帳（出生届出済証明），出生届受理証明書，出生証明書のいずれかの写し	出産予定日又は出生日
疾病・障害	疾病等に係る診断書，療育手帳，精神障害者保健福祉手帳，身体障害者手帳のいずれかの写し ※診断書には，症状・期間及び児童の監護ができない旨の記載が必要です。	症状，通院又は入院の頻度及び期間
同居親族の介護・看護		当該介護等の具体的な内容 （１日当たりの所要時間，頻度，期間等）
災害復旧	り災証明書	こども育成課へ確認してください。
就学	在学等を証する書類（在学証明書等） ※時間割等の提出を求める場合があります。	就学先，１日の授業時間及び１か月当たりの通学日数
その他	市長が必要と認める書類（こども育成課へ確認してください。）	