

②

入会理由(就労・自営業以外)申告書

クラブ名 _____

○申込児童名: _____ 学年: _____ 年 ○申込児童名: _____ 学年: _____ 年

(該当する方全員を記入してください)

該当する項目に記入してください	氏名(児童からみた続柄)		氏名 (続柄) ()	氏名 (続柄) ()	
	病気・障がい	病名・障がい名			
		病院名			
		期間	年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日	
		手帳の種類 (該当するものにチェック)	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保険福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証(介護認定有効)	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保険福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証(介護認定有効)	
	看護・介護	看護等対象者氏名(続柄)		氏名 (続柄) ()	氏名 (続柄) ()
		病名・障がい名			
		状況(入院・通院等)			
		病院・施設名			
		期間		年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日
		付き添い期間		1か月あたり 日 時 分 ~ 時 分	1か月あたり 日 時 分 ~ 時 分
		手帳の種類 (該当するものにチェック)		<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保険福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証(介護認定有効)	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保険福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証(介護認定有効)
	出産	出産(予定)日		令和 年 月 日	令和 年 月 日
	就学	学校名			
		受講状況			
		期間			
		学校までの通学時間		時間 分(片道)	時間 分(片道)
	特定非営利活動法人ちくしっ子ネットワーク 理事長 堤 光司 殿 上記のとおり相違ないことを申告します。 令和 年 月 日 保護者氏名 (申 告 者)				