

# 民間放課後児童クラブ

## ジョイナス広島利用申込書

(あて先) 株式会社ジョイナス

ジョイナス広島の利用について、関係書類を添えて、次のとおり申し込みます。児童と同居する親族に関するについては、その者の同意を得て、提出しています。(申込後、提出した書類の内容に変更があった場合は、速やかに届け出ます。)。また、この申込みにあいて、次のことに同意します。

- 利用の承諾や放課後児童クラブでの保育の実施に必要な情報を、関係機関(学校等)に提供すること。(課税状況や、各医療費補助制度の該当情報を提供することはありません。)
- 利用料負担軽減措置のチェック(☑)した項目に対して、それぞれ添付書類についてジョイナスへ提供すること。
- 兄弟姉妹で異なる申込者を記入された場合、多子軽減措置(2人目半額、3人目以降無料)の判定ができない事があること。
- 利用承諾されると受入準備にかかる為、利用の辞退をする場合でも登録料、おやつ工作代等の支払いが発生すること。

申込者(保護者)		申込書提出日	令和 年 月 日
住所	〒 広島市 区		TEL ( ) -
ふりがな	日中に連絡がとれる連絡先		
申込者氏名 (保護者)	連絡順	続柄	電話番号
	①		-
	②		-
ふりがな	性別	生年月日	学校名
児童氏名		平成 年 月 日生	小学校 年
利用を希望する放課後児童クラブ	民間放課後児童クラブ ジョイナス広島( )		
利用を希望する期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		

以下の利用料負担軽減措置に該当する場合、該当するものすべてに☑をして必要書類を提出してください。

いづれにも該当しない場合は、「上記のいづれにも該当しない。」に☑をしてください。

<input type="checkbox"/> 就学援助受給世帯(申請予定を含む)(※1)	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯	➡ 無料(0円)
<input type="checkbox"/> 住民税(市民税)非課税世帯(※2)		
<input type="checkbox"/> こども医療費補助受給世帯	<input type="checkbox"/> 重度心身障害者医療費補助受給世帯	➡ 月額3,000円
<input type="checkbox"/> ひとり親家庭等医療費補助受給世帯		
<input type="checkbox"/> 上記のいづれにも該当しない。		➡ 月額5,000円

※1 就学援助を申請しているが、まだ決定がされていない場合や、申請予定の場合も☑をしてください。就学援助に該当しているものとみなします。

ただし、就学援助が認定されなかった場合は、遡って利用料を徴収します。

※2 1月1日に広島市外に居住していた等により、他市町村で課税されている場合には、その市町村での課税状況がわかるもの(非課税証明書等)を添付してください。

児童の健康状態等(該当する番号に○及び必要事項を記入してください。)

障害の有無	1 無	2 有(状況: )
その他発達や病気について気になること		

保護者及び同居する親族の状況

氏名 年齢区分(利用開始時)	本人との続柄	勤務先又は通学(園)先・学年 ・放課後児童クラブ名等	氏名 年齢区分(利用開始時)	本人との続柄	勤務先又は通学(園)先・学年 ・放課後児童クラブ名等
18歳未満・75歳以上 ※該当する場合のみ○			18歳未満・75歳以上 ※該当する場合のみ○		
18歳未満・75歳以上 ※該当する場合のみ○			18歳未満・75歳以上 ※該当する場合のみ○		
18歳未満・75歳以上 ※該当する場合のみ○			18歳未満・75歳以上 ※該当する場合のみ○		

優先利用(障害のある児童、ひとり親家庭の児童)を希望する場合は、右記に☑をしてください。

※定員超過のため同一学年内における選考を行う必要がある場合に、優先します。  
※優先利用を希望する場合は、原則申込の際に必要な書類を添付してください。

優先利用を希望する

すでに放課後児童クラブを利用されており、そこから他のクラブに移るためのお申込みである場合は、右記に☑をしてください。

クラブ間での異動希望

長期休業中の延長利用の申込

長期休業中の、朝の延長利用を希望する場合は、右記の「延長利用を申込」に☑をしてください。

※利用するには、別途、利用料金(年額)が必要です。

※承諾された時点で料金が発生します。承諾後も申込みは可能です。

延長利用を申込

承諾後のキャンセルはできません。

利用申込みする児童全員の氏名等を、ご記入ください。欄外・余白への記入も可です。

クラブ名	学年	児童氏名
民間放課後児童クラブ ジョイナス広島( )	年	
民間放課後児童クラブ ジョイナス広島( )	年	

## 在 職 証 明 書

この証明書は、保護者本人ではなく、  
保護者の就労先の事業所等にて作成してください。

次のとおり、本事業所に勤務している（又は勤務予定である）ことを証明します。

ふりがな 勤務者氏名	申込児童との 続柄 ( )	入社日（予定日）	年 月 日
勤務者住所		更新予定 あり・なし 雇 用 期 間 (定めがある場合のみ記入)	年 月 日から 年 月 日まで
勤 務 時 間 (休 憩 含 む )			平均勤務日数 (週か月のどちらかを記入してください。)
午前 時 分 ~ 午後 時 分( 時間) (休憩含む) 変則勤務の場合は、平均的な就労パターン（勤務時間及び勤務日数）をご記入ください。 ①午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分 ( 日) ②午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分 ( 日) ③午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分 ( 日) ④午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分 ( 日) ※記入欄が不足する場合は、シフト表など就労パターンが分かる書類を添付してください。 育児短時間勤務の場合は、上記の正規時間とあわせてご記入ください。 ( 曜日) 午前 時 分 ~ 午後 時 分 ( 曜日) 午前 時 分 ~ 午後 時 分			( ) 日 / 週 ( ) 日 / 月 ※時間ではなく日数をご記入ください。
育 休 (現在又は予定) (注)		年 月 日 から	年 月 日 まで
育児短時間勤務 (現在又は予定)		年 月 日 から	年 月 日 まで

(注) 育休期間中は、放課後児童クラブは利用できません。育休期間後、改めて申し込みが必要となります。

実際の勤務先が証明者の所在地・名称と違う場合にご記入ください。

勤務先 (所在地) (名称)  
電話 ( )

(あて先) 株式会社ジョイナス

上記の内容について、事実であることを証明いたします。

(証明日) 令和 年 月 日

事業所名	
事業所所在地	
代表者氏名	
電話番号	
記載内容の問い合わせ先	部署 担当者 連絡先

**・本証明書の内容について、就労先事業者等に無断で作成し又は改変を行ったときは、刑法上の罪に問われる場合があります。**

- 内容確認のため、ジョイナスから事業所に連絡をすることがあります。
- 事実に相違した場合は、放課後児童クラブを利用できなくなることがあります。
- 就労状況等に変更があった場合は、速やかに申し出てください。

クラブ名	学年	児童氏名
民間放課後児童クラブ ジョイナス広島( )	年	
民間放課後児童クラブ ジョイナス広島( )	年	

- ・ 事実に相違した場合は、放課後児童クラブを利用できなくなることがあります。
- ・ 記載内容を訂正する場合は、二重線で訂正してください。(修正テープ等使用不可)

令和 年 月 日

## 就 労 申 立 ( 証 明 ) 書

株式会社ジョイナス

申立者 住 所

氏 名

(児童との続柄 )

次のとおり申し立てます。

### 1 自営業

事業所所在地	(〒 - )	名 称	
代表者	(申立者との続柄 )	業 種	
営業時間	時 分 ~ 時 分	就 労 日 数	週 月 平均 日
就 労 時 間	時 分 ~ 時 分	定 休 日	曜日
仕事の内容			

### 2 その他 (農業・漁業等)

仕事の内容		就 労 期 間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
就 労 時 間	時 分 ~ 時 分	就 労 日 数	週平均 日
		定 休 日	曜日

※ ジョイナス確認欄 (記入しないでください。)

令和 年 月 日	担当者	印
----------	-----	---

令和 年 月 日

株式会社ジョイナス

## 申 立 書

### 【申立者】

住 所	広島市 区	氏 名	
--------	-------	--------	--

### 【児 童】

利 用 希 望 ク ラ ブ	民間放課後児童クラブ ジョイナス広島 ( )	学 年	年	氏 名	
---------------------------------	---------------------------	--------	---	--------	--

### 【内 容】


上記の理由により、家庭において当該児童を保護することが困難であることを申し立てます。なお、状況等に変更がある場合は遅延なく届け出ます。

## 放課後児童クラブの利用料金について

※必ずご確認ください。

放課後児童クラブの利用料金は、各世帯における医療費補助等の受給状況に応じて決定しています。

利用申込書の記入に当たっては、以下の料金区分をご確認の上、必ず、該当するものに☑をしてください。

料金区分		利用料金 (月額)
就学援助受給世帯	就学援助を受けている世帯	無料(0円)
生活保護受給世帯	生活保護を受けている世帯	
市民税(住民税)非課税世帯	生計を同一としている世帯の全員(単身赴任等の別居の親族含む)が、市民税(住民税)が課税されていない世帯(所得割、均等割のいずれも非課税の世帯)	
こども医療費補助受給世帯	世帯員のいずれかの方が、こども医療費補助を受けている世帯	3,000円
ひとり親家庭等医療費補助受給世帯	世帯員のいずれかの方が、ひとり親家庭等医療費補助を受けている世帯	
重度心身障害者医療費補助受給世帯	世帯員のいずれかの方が、重度心身障害者医療費補助を受けている世帯	
上記のいずれにも該当しない世帯		5,000円

●各医療費補助制度の確認については裏面も参考にしてください

●受給者証のサンプルも掲載しています。

## 【こども医療費補助】

市が交付する「こども医療費受給者証」と健康保険証を医療機関等の窓口に提示すれば、一部負担金のみの負担で診療が受けられる制度です。

こども医療費受給者証

こども医療費受給者証		注 意 事 項	
公費負担者番号	9 0 3 4 4 0	1	この証は、こども医療費の支給を受けることができる証です。保険の自己負担分（入院時の食事療養に係る自己負担分を除く。）から一部負担金の金額を控除した金額を補助します。大切に保持してください。
公費負担医療の受給者番号		2	医療機関等において診療を受ける場合は、被保険者証又は組合員証に添えてこの証を必ず窓口に出してください。
氏名・性別		3	この証で診療を受けた場合は、この証の表面に記載された金額及び日数を限度とする一部負担金を医療機関等（同一の医療機関等における前科診療及び前科診療以外の診療は、それぞれ別の医療機関等とみなす。）ごとに支払ってください。なお、保険薬局で薬剤の支給を受けた場合は、一部負担金を支払う必要はありません。
こども	生年月日 平成 年 月 日	4	保険適用のない治療・検査等、難産診療、予防接種、美容整形、歯列矯正、資料差額、大規模病院における紹介のない場合の初診料の加算分、おむつ代等保険給付が行われないものについては、こども医療費支給の対象とはなりません。
保 護 者	住 所	5	支給資格がなくなったとき、又はこの証の有効期間が経過したときは、この証を使用することができません。
	氏 名	6	氏名・住所に変更があったとき、加入している健康保険又はその内容に変更があったときは、14日以内にこの証を添えてその旨を届け出てください。
一部負担金（自己負担）限度額	通院 入院	7	この証が破れたり、消えたり、又はこの証を失ったりしたときは、再交付申請してください。
有効期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで	8	こどもが交通事故等により、負傷、疾病にかかったときは、速やかにその旨を届け出てください。
発行機関	広島県 広島市長	9	この証は県外の医療機関等で診療を受ける場合は使用できません。自己負担分（入院時の食事療養に係る自己負担分を除く。）を支払ったときは、こども医療費支給申請書（徴収状）の診療報酬額証明書欄に医療機関等の証明を受けて、又は必要事項の記載された領収証を添えて、医療費支給申請をしてください。
交付年月日	平成 年 月 日	10	この証に関する手続き等については、各区保健福祉課（東区は福祉課）へお問い合わせください。

## 【ひとり親家庭等医療補助】

市が交付する「ひとり親家庭等医療費受給者証」と健康保険証を医療機関等の窓口に提示すれば、無料で診療が受けられる制度です。

ひとり親家庭医療費受給者証

ひとり親家庭等医療費受給者証		注 意 事 項	
公費負担者番号		1	この証は、ひとり親家庭等医療費の支給を受けることができる証です。保険の自己負担分（入院時の食事療養に係る自己負担分を除く。）から一部負担金の金額を控除した金額を補助します。大切に保持してください。
公費負担医療の受給者番号		2	医療機関等において診療を受ける場合は、被保険者証又は組合員証に添えてこの証を必ず窓口に出してください。
氏名・生年月日・性別		3	この証で診療を受けた場合は、この証の表面に記載された金額及び日数を限度とする一部負担金を医療機関等（同一の医療機関等における前科診療及び前科診療以外の診療は、それぞれ別の医療機関等とみなす。）ごとに支払ってください。なお、保険薬局で薬剤の支給を受けた場合は、一部負担金を支払う必要はありません。
保 護 者	住 所	4	保険適用のない治療・検査等、難産診療、予防接種、美容整形、歯列矯正、資料差額、大規模病院における紹介のない場合の初診料の加算分、おむつ代等保険給付が行われないものについては、こども医療費支給の対象とはなりません。
	氏 名	5	支給資格がなくなったとき、又はこの証の有効期間が経過したときは、この証を使用することができません。
一部負担金（自己負担）限度額	通院 入院	6	氏名・住所に変更があったとき、加入している健康保険又はその内容に変更があったときは、14日以内にこの証を添えてその旨を届け出てください。
有効期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで	7	この証が破れたり、消えたり、又はこの証を失ったりしたときは、再交付申請してください。
発行機関	広島県 広島市長	8	こどもが交通事故等により、負傷、疾病にかかったときは、速やかにその旨を届け出てください。
交付年月日	令和 年 月 日	9	この証は県外の医療機関等で診療を受ける場合は使用できません。自己負担分（入院時の食事療養に係る自己負担分を除く。）を支払ったときは、こども医療費支給申請書（徴収状）の診療報酬額証明書欄に医療機関等の証明を受けて、又は必要事項の記載された領収証を添えて、医療費支給申請をしてください。
		10	この証に関する手続き等については、各区保健福祉課（東区は福祉課）へお問い合わせください。

## 【重度心身障害者医療費補助】

市が交付する「重度障害者医療費受給者証」と健康保険証を医療機関等の窓口に提示すれば、無料で診療が受けられる制度です。

重度障害者医療費受給者証

重度障害者医療費受給者証	
公費負担者番号	
公費負担医療の受給者番号	
受 給 者	住 所
	氏 名
	生年月日・性別
一部負担金（自己負担）限度額	通院 入院
有効期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで
発行機関	広島県 広島市長
交付年月日	令和 年 月 日

民間放課後児童クラブ ジョイナス広島 ( ) 利用 ( 申込取り下げ ・ 辞退 ・ 中止 ) 届

令和 年 月 日

(あて先)

株式会社 ジョイナス

届出者(保護者)

住 所	届出者氏名(保護者)
広島市 区	

下記のとおり、放課後児童クラブの利用 ( 申込の取り下げ  
辞退  
中止 ) を届け出ます。

記

申込・利用クラブ	児童氏名
民間放課後児童クラブ ジョイナス広島( )	( 年)
取り下げ・辞退・利用最終年月日	
令和 年 月 日	
取り下げ・辞退・中止の理由	

※申込取り下げ：利用申込をしたが、利用承諾通知を受け取る前に申込を取り下げる場合をいいます。

※辞退：利用承諾通知を受け取ったが、利用期間前に利用を辞退する場合をいいます。

※中止：利用期間中に、クラブ利用を取り止める場合をいいます。