

(様式第1号)

加古川市ひとり親家庭等学習支援事業利用申請書

年 月 日

加古川市長 様

下記のとおり、加古川市ひとり親家庭等学習支援事業の利用を申請します。

記

1 対象者（児童）について

ふりがな 氏名	生年月日	学 校 名
	年 月 日	小学校(年生)

2 申請者（児童扶養手当受給資格者）について

ふりがな		対象者との続柄	電話番号
氏名			自宅 携帯
住所	〒 —		
緊急連絡先	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	<input type="checkbox"/> その他	氏名	対象者との続柄 電話 番号

3 学習支援事業等について

希望する 会場	第1希望	第2希望	第3希望
現在利用している学習塾等 (家庭教師、通信教育含む)	<input type="checkbox"/> 利用している <input type="checkbox"/> 利用していない		
子どもに配慮してほしい事項			

同意書

利用決定のために必要があるときは、私及び世帯員の住民基本台帳、課税台帳及び児童扶養手当に関する公簿等を調査すること、また、本申請内容を受託法人に提供することに同意します。

年 月 日

申請者氏名