

年 月 日

三原市長様

申込者

住 所

氏名(保護者)

印

電話番号

メールアドレス

令和年6度三原市子どもの学習支援事業利用申込書

「申込みにおける同意」に同意し、次のとおり申し込みます。

対象者 (子ども)	ふりがな				
	氏名				
	生年月日		性別	男・女	
	学校名		学年		
	希望会場	わくわく 中央公民館	会場までの交通手段	()分	
該当要件	該当するもの 全てに☑をして ください。	<input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯 <input type="checkbox"/> 児童扶養手当受給世帯 <input type="checkbox"/> その他 ()			
世帯 の 状 況	家族構成	氏名	続柄	年齢	勤務先等
	※対象者を除きます。				
	※対象者との続柄を記載してください。				

緊急連絡先	1番	名前：	続柄：	電話番号：
	2番	名前：	続柄：	電話番号：
	3番	名前：	続柄：	電話番号：
学習支援事業の利用を希望した理由と目標を記載してください。		<p>【利用を希望した理由】</p> <p>【本事業における目標】</p>		
家庭状況や利用希望者（子ども）の性格・くせ等の特性等、伝えておきたいことがあれば記載してください。				
面接希望日程				
申込みにおける同意		<p>1 市長の利用可否決定審査及び本事業の運営に当たり、市長が申込者、対象者及びその他の生計を一にする世帯の構成員の住民基本台帳、各種手当の受給状況、所得状況等を確認することに同意します。</p> <p>2 本申込書に記載の内容及び1により確認した情報を、業務受注者等の関係機関と共有することに同意します。</p> <p>3 本申込書記載事項に虚偽があった場合は、いかなる処分を受けても異議を申し立てません。</p>		