

令和 年 月 日

## 子どもの学習・生活支援事業利用申込書

子どもの学習・生活支援事業を利用したいので、次のとおり申し込みます。

ふりがな			
保護者氏名	利用者との続柄 ( )		
住所 電話番号	〒 - 電 話 ( ) 携帯電話 ( ) ※連絡可能時間帯 ( : ~ : )		
制度の 利用状況	※該当する□にチェック☑をしてください。 <input type="checkbox"/> 生活保護を受給しています <input type="checkbox"/> 児童扶養手当を受給しています <input type="checkbox"/> ひとり親家庭等医療費助成を受給しています		
確認事項	※□にチェック☑をしてください。 <input type="checkbox"/> 利用者は学習塾へ通っていません <input type="checkbox"/> 利用者は家庭教師を利用していません		
ふりがな	性別	生年月日・学年	
利用者1氏名	男・女	平成 年 月 日生 (満 歳) 小学校 ・ 中学校 年生	
希望する 曜日・時間	第一希望 : 曜日 ( ) 時間 ( ~ ) 第二希望 : 曜日 ( ) 時間 ( ~ ) ※月曜日から土曜日で、希望する時間をご記入ください。		
希望する 学習内容			
ふりがな	性別	生年月日・学年	
利用者2氏名	男・女	平成 年 月 日生 (満 歳) 小学校 ・ 中学校 年生	
希望する 曜日・時間	第一希望 : 曜日 ( ) 時間 ( ~ ) 第二希望 : 曜日 ( ) 時間 ( ~ ) ※月曜日から土曜日で、希望する時間をご記入ください。		
希望する 学習内容			

ふりがな		性別	生年月日・学年
利用者3氏名		男・女	平成 年 月 日生(満 歳) 小学校 ・ 中学校 年生
希望する曜日・時間	第一希望 : 曜日 ( ) 時間 ( ~ ) 第二希望 : 曜日 ( ) 時間 ( ~ ) ※月曜日から土曜日で、希望する時間をご記入ください。		
希望する学習内容			
学習支援事業を利用するにあたり、配慮してもらいたいことがありましたらご記入ください。			

上記について、相違ありません。

また、私の個人情報(柏崎市子どもの学習・生活支援事業、その他支援に必要な関係機関の間で相互利用されること)に同意します。

令和 年 月 日 保護者住所  
保護者氏名

印