

様式第1号（第8条関係）

藤井寺市ひとり親家庭等学習支援事業利用申請書

（宛先）藤井寺市長

ふりがな		児童扶養手当 証書・ひとり 親家庭医療証 の有無	有・申請中・無 有の場合は証書番号 (NO.)
申請者(保護者) 氏名			
住所	〒 藤井寺市		
連絡先	☐ 連絡のつく電話番号		
	☐ E-mail		
ふりがな		生年月日	年 月 日
申込児童 氏名			
学校名		学 年	年
苦手な教科・勉強したい教科があれば記入してください。			
利用に当たり、配慮して欲しいことがありましたら記入してください。			

私及び私の児童は、藤井寺市ひとり親家庭等学習支援事業について実施内容を理解した上で上記のとおり申請します。なお、申請に当たり、次の5点について同意又は誓約します。

- 1 上記の申請について相違がないこと。
- 2 児童扶養手当及びひとり親家庭医療の受給状況を藤井寺市の公簿等により確認すること。
- 3 個人情報をおの事業の実施に必要な範囲内で藤井寺市と受託事業者とで共有すること。
- 4 実施施設に通う際の安全確保に配慮し、全ての責任を負うこと。
- 5 他の受講生の学習を妨害する場合や常習的に無断で遅刻又は欠席をする場合等、受講の継続が不適当であると市長が認めた場合は利用が取り消されること。

年 月 日

申請者（保護者）氏名 _____