

高砂市ひとり親家庭等こどもの学習・生活支援事業利用申請書

年 月 日

高砂市長 様

保護者氏名

保護者住所

〒 _____

連絡先

(電話番号)

(電子メールアドレス)

1 児童氏名 _____ (_____ 学校 _____ 年生)

2 希望する実施場所

第一希望 _____

第二希望 _____

3 学習塾、家庭教師又は通信教育の利用の有無

有

無

4 配慮してほしいことがあれば、記入してください。

次に掲げる事項について同意した上で、高砂市ひとり親家庭等こどもの学習・生活支援事業の利用を申請します。

- (1) 高砂市ひとり親家庭等こどもの学習・生活支援事業の利用申請に当たり、私の世帯状況につき、市が公簿等により確認することに同意します。
- (2) 高砂市ひとり親家庭等こどもの学習・生活支援事業の利用に当たり、私の世帯の個人情報を事業の目的に必要な範囲で、市が関係機関に提供することに同意します。
- (3) 実施場所に通う際の安全確保に配慮し、事故等があった場合は、その責任を負うことに同意します。

保護者署名 _____