

様式1

坂井市「子どもの生活・学習支援事業」参加申込書

申込日 令和 年 月 日

対象世帯

ひとり親家庭世帯 就学援助受給世帯 生活保護受給世帯 日常生活自立支援事業世帯

希望コース

※いずれかにチェックをお願いします

春江中コミセンコース
「小学生・中学生対象 日曜日（一部土曜日）」

坂井老人福祉センターコース
「中学生対象 土曜日」

参加者			
ふりがな		学校名	
氏名		学年	年生
生年月日	年 月 日		
住所	坂井市		

保護者			
ふりがな		続柄	
氏名		続柄	
生年月日	年 月 日		
住所	<input type="checkbox"/> 参加者と同じ <input type="checkbox"/> その他(住所を記入) 坂井市		
連絡先	電話 - - <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> その他()	※連絡する際の注意事項	

家族の状況

続柄	氏名	生年月日	備考	続柄	氏名	生年月日	備考

学習支援に期待すること

- 学力の向上
{ }
- 高校進学
{ }
- その他(具体的にお書きください)
{ }

※担当課確認欄	課名	子ども福祉課 ・ 福祉総合相談課	確認日	年 月 日
世帯確認	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 <input type="checkbox"/> 生活保護受給 <input type="checkbox"/> 就学援助受給 <input type="checkbox"/> 日常生活自立支援事業			
承認 ・ 却下				

同意書

私は、以下の点について同意します。

- 1 利用にあたり、就学援助・児童扶養手当・生活保護等の受給状況の確認を行うこと
- 2 利用にあたり、市が関係機関と連携するため必要がある時は、個人情報に関係機関と共有することがあること
- 3 会場への行き来においての事故については、市及び委託事業者は、一切の責任を負わないこと

年 月 日

保護者署名
