

川越市ひとり親家庭等学習支援事業利用申請書

川越市長 宛

ふりがな			児童扶養手当 受給の有無	有・申請中・無 有の場合は証書番号 (No.)		
保護者氏名						
住所	〒					
連絡先	<input type="checkbox"/> (電話)		<input type="checkbox"/> (携帯)			
	<input type="checkbox"/> (E-mail)					
生活保護受給の有無	無・申請中・有					
現在、塾や通信教育の利用の有無	無・有 (名称:)					
現在、他の学習支援事業の利用有無	無・有 (名称:)					
ふりがな			性別	男・女		
申込児童 氏名			学年	令和8年4月時点 年生		
学校名	中学校					
下記についてはお子様とよく話し合った上でご記入ください。						
志望校 未定の場合: 私立・公立等記載			夢 目標			
希望する 受講日程 (第1～6希望 の数字を記載 してください)	会場 ① 大東南公民館	② 高階南公民館	③ 霞ヶ関北公民館	④ 南古谷公民館	⑤ すくすくかわごえ(金)	⑥ すくすくかわごえ(土)
受講日程	毎週月曜日 18時30分 ～ 20時30分	毎週火曜日 18時30分 ～ 20時30分	毎週水曜日 18時30分 ～ 20時30分	毎週木曜日 18時30分 ～ 20時30分	毎週金曜日 18時30分 ～ 20時30分	毎週土曜日 15時00分 ～ 17時00分
希望会場	第1希望	第2希望	第3希望	第4希望	第5希望	第6希望
備考・留意事項						

申請者(保護者)及び対象者(児童)は、川越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し込みます。なお申請にあたり、以下3点について同意いたします。

- 上記の申請について相違がないこと。
- 個人情報、この事業の実施及び支援に必要な範囲内で、川越市、事業の受託事業者及び関係機関等との間で共有されること。
- 通学の際の安全確保に配慮し、全ての責任を負うこと。

令和 年 月 日

申請者(保護者)氏名

自署による署名又は記名押印をしてください。

整理番号

整理番号