

(様式2)

ひとり親家庭学習支援利用申込書

年 月 日

香川県知事 様

利用申込者 住所・保護者氏名

住所

氏名

連絡先

香川県ひとり親家庭等学習支援員派遣事業の利用について、次のとおり申し込みます。

記

1 対象児童

ふりがな 氏名	性別	年齢	学校名・学年	保護者との 続柄
			小学校 年	

2 家族構成（対象児童以外の同居者）

氏名	続柄	年齢	職業等	氏名	続柄	年齢	職業等

3 学習支援を受けたい理由

4 備考（特に配慮を必要とする事項があったら記入してください。）

5 提出書類

児童扶養手当証書の写し（児童扶養手当証書がない場合は、ひとり親家庭医療受給者証の写し）

6 留意事項（利用申込みをする前にこの留意事項をお読みください。）

- ① この事業は、香川県が民間事業者に委託して実施している事業です。
- ② 委託を受けた民間事業者は、熱意と誠意をもってこの事業に当たっております。
- ③ 記載していただいた個人情報、この事業を実施する際に必要となる関係機関と情報共有することとなっています。また、個人情報は徹底して管理しており、その他の目的のために使用することはありません。
- ④ 今後の事業の参考とするため、事業実施後、学習支援の効果等について、お伺いしますので、御協力をお願いします。

7 地方税照会に係る同意について

この事業の派遣家庭選考にあたり、市町を通じて地方税関係情報について照会することに同意します。

上記の留意事項及び地方税照会について同意します。

年 月 日

利用申込者 住所・保護者氏名

住所

氏名

8 意見欄

ひとり親家庭学習支援対象の家庭であることに相違ありません。

年 月 日

市町ひとり親福祉事務担当者

(参考意見)