

第1号様式（第7条関係）

武蔵野市ひとり親家庭訪問型学習・生活支援事業利用申込書

武蔵野市ひとり親家庭訪問型学習・生活支援事業を利用したいので、武蔵野市ひとり親家庭訪問型学習・生活支援事業実施要綱第7条第1項の規定により、次のとおり申し込みます。

受講希望の児童又は生徒の氏名	性別	生年月日	年齢
ふりがな	男・女	年 月 日	注 申込日時点の年齢 歳
学校名	学年	保護者氏名	
小学校 中学校	注 令和6年度の学年 年	ふりがな	
住所（アパートなどの建物名も記入してください。）		電話番号及びメールアドレス	
郵便番号 武蔵野市		電話番号（自宅） — —	
		電話番号（携帯） — —	
		メール @	
希望する科目（複数可）		18歳未満の兄弟又は姉妹 の有無及び人数	1番下の兄弟又は 姉妹の年齢
<input type="checkbox"/> 国語 <input type="checkbox"/> 算数 <input type="checkbox"/> 数学 <input type="checkbox"/> 英語		<input type="checkbox"/> 有（人数 人） <input type="checkbox"/> 無	歳
現在利用している塾、通信教育等の有無		公的な学習教室の利用の有無 (シルバー人材センター学習教室など)	
<input type="checkbox"/> 有 (具体的に) <input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有（具体的に ） <input type="checkbox"/> 無	
		部活動の参加の有無 (中学生の場合のみ記入してください。)	
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
児童又は生徒の身体障害者手帳の有無		児童又は生徒について、継続した病院の受診の有無	
<input type="checkbox"/> 有（等級 級） <input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有（診断名 ／通院先 ） <input type="checkbox"/> 無	
通学状況		学校の復習及び自習の状況	
<input type="checkbox"/> 遅刻又は欠席が月20日以上 <input type="checkbox"/> 遅刻又は欠席が月12日以上19日以下 <input type="checkbox"/> 遅刻又は欠席が月5日以上12日未満 <input type="checkbox"/> 遅刻又は欠席は月5日未満		<input type="checkbox"/> 全くしていない。 <input type="checkbox"/> ときどきしている。 <input type="checkbox"/> している。	
自宅で勉強できる場所の有無及び場所		授業がある日の就寝時間	
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 自分の部屋 <input type="checkbox"/> 居間又は台所 <input type="checkbox"/> その他（具体的に ）		時 分頃	

裏面があります。

保護者の就労状況	保護者の平日の就労時間
<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート又はアルバイト <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> その他（具体的に <input type="checkbox"/> 就労はしていない	<input type="checkbox"/> 午後6時以降までの勤務が週5日以上 <input type="checkbox"/> 午後6時以降までの勤務が週3、4日 <input type="checkbox"/> 午後6時以降までの勤務が週2日以下 <input type="checkbox"/> 就労はしていない。
児童又は生徒についての相談の有無及び相談先	
<input type="checkbox"/> 武蔵野市子ども家庭支援センター <input type="checkbox"/> 上記以外の武蔵野市の相談窓口（具体的に <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> その他の相談窓口（具体的に <input type="checkbox"/> 相談窓口に相談はしていない。	
受講希望の理由【受講を希望する児童又は生徒自身が記入してください。】	
受講希望の理由【保護者が記入してください。】	
その他、市に伝えておきたいことがありましたらご記入ください。	

武蔵野市ひとり親家庭訪問型学習・生活支援事業の利用の申込みにあたり、次に掲げる事項について同意します。

- (1) 保護者として、児童又は生徒の学習意欲を確認し、定期的に参加させること。
- (2) 児童又は生徒及び保護者に対する生活上のアドバイス及び定期面接（年4回程度）を受けること。
- (3) 世帯の所得状況その他利用の審査を受けるために必要な情報について、武蔵野市の保有する公簿等により確認すること。
- (4) 支援を有効に実施するために必要な範囲において、児童又は生徒及び保護者に関する情報について、武蔵野市長と学校その他の関係機関との間で情報提供を行うこと。
- (5) この申込書は、利用の可否にかかわらず、返却しないこと。
- (6) 新型コロナウイルス感染症拡大防止のための取り組みに協力すること。

年 月 日

保護者氏名（自筆） _____

児童又は生徒氏名（自筆） _____