

八王子市長 殿

八王子市学習支援事業利用申請書兼同意書

令和8年度の学習支援事業を利用したいので、次のとおり申し込みます。

ふりがな		利用者との続柄	連絡先
申請者氏名 (保護者等)		母・父 その他()	(携帯) [][] - [][][] - [][][] (自宅) [][][] - [][][] - [][][]
メールアドレス			
住所	(〒[][][] - [][][]) 八王子市		

ふりがな		生年月日	好きなこと(あそびやスポーツなど)					
利用者氏名 (子ども)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日						
学校(令和8年度時点)	<input type="checkbox"/> 学校(年 組) <input type="checkbox"/> 特別支援学級 <input type="checkbox"/> 特別支援教室(学級) <input type="checkbox"/> 適応指導教室							
得意な科目		欠席日数	遅刻日数					
苦手な科目		日(年 学期)	日(年 学期)					
習い事等	<input type="checkbox"/> 塾・習い事等(/ 曜日・時間) (/ 曜日・時間)							
家族構成 (利用者を除く・学校名等は令和8年度時点)	続柄	名前	年齢	勤務先・学校名等	続柄	名前	年齢	勤務先・学校名等
申込理由								

【保護者の方へ】 ※お子さまの支援に関して参考にさせていただきます。できるだけご記入をお願いいたします。

■講師に配慮して欲しいこと。記入例)話しかけることが苦手なので声かけを希望 等

■学習に関して悩んでいること。記入例)算数で計算が分からない、学習習慣がない 等

■お子さまに関して相談したいこと。記入例)学校での友だち関係で悩んでいる、朝起きられない、親子間で会話がでない 等

■お子さまが定期的に通院している場合、症状等書ける範囲でご記入をお願いいたします。

通院先: 通院開始日:

診断名(主治医の見解):

※その他に、伝えておきたい症状があればお書きください。()

同意事項

- 1 利用申請にあたり、事業の内容を理解し、同事業による支援を受けることを同意します。
- 2 利用にあたり、審査のため市都民税等に係る所得の公簿や児童扶養手当の受給状況等を市が調査することに同意します。
- 3 事業の参加にあたり、市や受託事業者の指示に従い、規則等を守ることに同意します。
- 4 事業の参加にあたり、私及び世帯の個人情報を、関係機関(八王子市、八王子市教育委員会、子どもの通学する学校、本事業の受託事業者)で相互利用されることに同意します。

申請者(保護者等)氏名

利用者(子ども)氏名