

年 月 日

同 意 書

小山市長 様

住所

氏名

④

電話

()

受給者番号

小山市ひとり親家庭学童保育料助成金交付要綱第6条の規定により、次のことについて同意いたします。

- 1 市が学童保育料助成の審査をするため、ひとり親家庭医療費受給資格証の写しを添付するとともに、私および私の世帯員のひとり親家庭医療助成に関する資料を確認すること。
- 2 学童保育クラブに在籍している間にひとり親家庭医療費の受給資格に該当しなくなったときは、速やかに学童保育クラブに申し出ること。

登録学童保育クラブ

ふりがな

学年

児童氏名 ①

年生

ふりがな

学年

児童氏名 ②

年生

ふりがな

学年

児童氏名 ③

年生

