

記入例

別記様式第3号（第6条関係）

当該年度の4月1日以降の日付を記入

令和 年 4 月 1 日

同意書

小山市長 様

住所 小山市中央町〇-〇-〇

氏名 〇〇 〇太 印

電話 〇〇〇〇(〇〇)〇〇〇〇

受給者番号 〇〇〇〇〇〇〇〇

保護者の受給者番号

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

小山市役所学童保育クラブ

ふりがな

学年

児童氏名 ①

〇〇 〇光

3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

当該年度の学年を記入

2人以上も同様に記入

【「ひとり親家庭医療費受給資格証」写しの例】

* 同意書の裏に貼って提出してください。

* 必ず「コピー」を提出してください。

平成00年8月1日～平成00年7月31日

ひとり親家庭医療費 受給資格証

申請者	住所			
	氏名			
加入者	生年月日	年	月	日
	保険者等の名称			
被保険者	被保険者証記号		番号	

平成 年 月 日



受給資格者氏名	受給者番号
生年月日 性別	受給期間
年 月 日	平成27年 8月 1日～平成28年 7月31日
年 月 日 女	平成27年 8月 1日～平成28年 7月31日
以下、空白	

①
②

①: 同意書に記入する保護者の受給者番号

②: 当該年度の申請日が受給期間内であることを確認してください

(4月～10月中に提出した保護者は、11月更新後の受給資格証の写しは不要です)

【「ひとり親家庭医療費受給資格証」を紛失したときは】

子育て・家庭支援課で再交付を受けてください。

* 受付: 小山市役所3階(免許証・マイナンバーカード(個人番号カード)等本人確認ができるもの・印鑑を持参)

子育て・家庭支援課 家庭支援係 TEL 22-9634・9635

こども課 学童保育係
TEL 0285(22)9638
FAX 0285(22)9670