

入会申込書（新規・更新）

平成 年 月 日

- 希望項目へ を入れてください。
利用会員として登録を希望します。
学習支援の登録を希望します。

No. _____

ふりがな		性別 男 ・ 女
保護者名		生年月日 S・H 年 月 日
住所	〒 TEL () - 必須 E-Mail : <small>登録後確認のため、メールを送らせていただきます。 パソコンからのメール「@rashiku-support.org」を許可してください。</small>	
職業 (勤務先)	〒 TEL () -	
緊急時の 連絡先と氏名	氏名 () TEL : () -	

食の支援を受ける予定のお子様の名前を全てご記入下さい。お子様以外の支援については別紙をご覧ください。

子どもの名前	ふりがな		性別	
	氏名		男 ・ 女	
	学校名	学年 年	生年月日 H 年 月 日	
	アレルギー の有無	(有 ・ 無) アレルギー名 ()	その他	
子どもの名前	ふりがな		性別	
	氏名		男 ・ 女	
	学校名	学年 年	生年月日 H 年 月 日	
	アレルギー の有無	(有 ・ 無) アレルギー名 ()	その他	
子どもの名前	ふりがな		性別	
	氏名		男 ・ 女	
	学校名	学年 年	生年月日 H 年 月 日	
	アレルギー の有無	(有 ・ 無) アレルギー名 ()	その他	
かかりつけ医院名	病院名	TEL		

- 添付書類（次のいずれかの書類をつけてください）
 - 本年度就学援助費受給認定書のコピー
 - 最新の児童扶養手当受給者証書のコピー
 - 最新の都城市母子・父子等医療費受給資格証のコピー
- 保険証コピー（学習支援者利用者は必須）

事務局記入欄	
平成 年 月 日受付	印

* この申請書の提出により、一般社団法人らしくサポートの利用会員として登録がなされます。
 * 作成された名簿は事務局にて適切に管理し、無断で第三者に提供いたしません。