別記

第１号様式（第６条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| **屋久島町町外高校生受入支援金申込書** | 写真貼付 |
| ふりがな |  | 男 ・ 女 |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 　　　　年　　月　　日生（　　　歳） |
| 現住所及び連絡先 | 〒 TEL FAX ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |
| 現在所属する学校名､学年及び所在地 |  立 学校 第　　　学年 |
| 〒 TEL FAX |
| ふりがな |  |
| 保護者氏名（支援金支給対象者） |  （　　　　歳・続柄　　　　） |
| 家族状況(本人も含めて記入すること。) | 氏　　　　名 | 学年・年齢 | 続柄 | 氏　　　　名 | 学年・年齢 | 続柄 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 特記事項 |  |
| 緊急連絡先 | (父･母･　　)の勤務先 | 所属名 |  |
| 住所 | 〒 TEL |
| その他 | 関係先名 |  TEL |

※　この書類は、内示に係る選定のため、下宿等受入れ先及び屋久島高校にも配付することをご了承ください。

|  |  |
| --- | --- |
| ※　本人の性格や生活行動で留意する点 |  |
| ※健康状況 | **別紙の「健康状況調査票」に記入すること。** |
| ※　屋久島高校に進学を希望する理由(本人欄は､本人が自筆で記入すること。) | 保護者 |  |
| 本人 |  |
| 希望する受入れの方法 | **下宿　　・　　アパート　　・　　親戚宅** |
| **上記のとおり、屋久島町町外高校生受入支援金を申込みます。**　　　　年　　　月　　　日 本人署名　　　　　　　　　　　　　　　　　 保護者署名　　　　　　　　　　　　　　　印　屋久島町長 様 |
|
|
|
|

**※の欄は、可能な限り詳細を記入すること。なお、本申込書の内容に虚偽の記載等があった場合は、内示を取り消すことがあります。**

健康状況調査票

 氏名

該当する番号及び項目に○を付けてください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 体温 | 平熱　　　　　　　度　　 |
| ２ | 体質 | １ よく頭痛を訴える(偏頭痛)　２ 熱が出やすい　３ 扁桃腺が腫れやすい４ 便秘になりやすい　５ 疲れやすい　６ 皮膚が弱い　７ 化膿しやすい８ 鼻炎　９ 腹痛になりやすい　10 視力が悪い（メガネ・コンタクトレンズ）11 アレルギーがある（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ３ | 睡眠 | １ 寝つきが悪い　２ 一人で眠れない　３ 夜中に寝ぼける　４ 眠りが浅い５ 夜尿症がある　６ 環境(布団・枕)が変わると眠れない７ 朝一人で起きることが出来ない |
| ４ | 食事 | １ 食欲(旺盛・普通・小食)　２ 好き嫌いが多い３ 食物アレルギーがある（食品名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）４ 給食で除去食や一部取り除きを行っている（食品名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ５ | 薬 | １ 服用している薬がある　２ 常に持ち歩く薬がある(頭痛薬など)３ アレルギーを起こした薬がある（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ６ | 病気､怪我 | １ 現在治療中の病気や怪我がありますか（ ある ・ ない ）「ある」を選んだ方は以下の質問にお答えください疾病名：　　　　　　　　　　　　　　薬（ ある ・ ない ）２　既往歴がありますか（ ある ・ ない ）「ある」を選んだ方は以下の質問にお答えください疾病名：　　　　　　　　　　　　現在の状況（ 完治・ 治療を継続している ・ 薬を服用している ） |
| ７ | 支援の有無について | １　現在の学校で特別支援教育支援員による支援を受けていますか（　受けている　・　受けていない　） |
| ８ | 虫歯 | １　現在、虫歯がありますか（　ある　・　ない　）「ある」と答えた方は治療をしていますか（　現在治療中　・　未治療　） |
| ９ | その他 | 学校生活や日常生活で留意する事項 |

※この調査票は、下宿先等受入れ先及び屋久島高校にも配付することをご了承ください。