

学校受理日

令和 年 月 日

就学援助費交付申請書

愛川町教育委員会 殿

令和 年 月 日

愛川町立		小 中 学校
第 学年	(フリガナ)	
組		
第 学年	(フリガナ)	
組		
第 学年	(フリガナ)	
組		

申請者 (保護者) 住 所

氏 名 (印)

電話番号 ()

令和7年1月1日現在の住所 (愛川町でない場合記入)

左記の児童生徒について、就学援助費の交付を受けたく申請します。
交付が決定した場合、私に支給される就学援助費を裏面に記載した口座
に振り込んでください。

世帯の状況 (お子さんを含めた生計を共にする方全員について記入してください。)

氏 名	性別	続柄	生年月日	職業又は勤務先 (町立学校に就学している児 童・生徒がいる場合は必ず学 校名を記入してください。)
	男・女		昭 平 令 年 月 日	
	男・女		昭 平 令 年 月 日	
	男・女		昭 平 令 年 月 日	
	男・女		昭 平 令 年 月 日	
	男・女		昭 平 令 年 月 日	
	男・女		昭 平 令 年 月 日	

同 意 書

私は、本申請に伴い、愛川町の担当職員が、私及び就学援助費交付可否の決定に必要な世帯員の住所、所得 (収入) の状況、裏面の前年または本年の状況であてはまる事項に関する個人情報について、町が所有する諸帳簿等により確認することに同意します。

申請者 (保護者) 氏 名 (印)

委 任 状

私は、学校との同意のもと、就学援助費の受領・返納に関する一切の権限を学校長に委任します。

申請者 (保護者) 氏 名 (印)

家 賃	(住宅貸付資金返済のための住宅ローン等ではありません。)	月 額	円	学校担当 者確認印	
-----	------------------------------	-----	---	--------------	--

世帯構成員のうち障害者 (有 ・ 無)

1 氏名 (級 第 種)	2 氏名 (級 第 種)
----------------------	----------------------

前年または本年の状況であてはまるものがあれば番号を○で囲んでください。

(1 から 4 を○で囲み表面の同意書に同意されない方は、証明書の写しを必ず添付してください。)

※2の個人事業税、5に○を囲んだ場合は、同意書へ同意されていても、証明書の添付が必ず必要となります。

1 生活保護が廃止 (年 月 日) になった。

2 [町民税・個人事業税・固定資産税] の [非課税・減免] を受けた。

3 国民年金・国民健康保険の掛金の免除を受けた。

4 児童扶養手当の支給 [受給証書番号 神児扶第

--	--	--	--	--	--	--	--

] を受けた。
(※4は児童手当ではありません。)

5 生活福祉資金の貸し付けを受けた。

自宅にオンライン学習をするための通信環境がある。 (有 ・ 無)

昨年度も就学援助費の交付を受けた。 (有 ・ 無)

申請理由 (経済的なこと、家族のこと、事故等のこと、具体的に記入してください。)

.....

.....

.....

.....

振 込 口 座 届 (申請者名義の口座)															
金融機関	銀行・信用組合 信用金庫・農協		本店・支店・出張所 本所・支所												
フリガナ		種別	店番号	口 座 番 号											
口座名義人 (申請者名義)		普通 当座	<table><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>				<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								

学 校 長 の 確 認				
保護者から申請書を受理し内容を確認した結果、適当であると認められたため報告いたします。				
令和 年 月 日	愛川町立	学校長	<table><tr><td>印</td></tr></table>	印
印				