入学祝金支給申請書

社会福祉法人

阿見町社会福祉協議会会長　様

申請日：令和　　　　年　　月　　日

すべてご記入下さい。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | |
| 申請者名（保護者） | 印 | | |
| ふりがな |  | 生年月日 | 平成  　　　　年　　月　　日 |
| 入学児童生徒名 |  |
| 住　　所 | 〒  阿見町 | | |
| 現在の通学先 |  | | |
| 電話番号  （携帯番号） | ０２９－　（　　　　　）  　　　　－　　　　　－ | | |
| 入学学校名 | 阿見町立 | | |
| ・該当区分の番号に○をつけてください。  １．要保護世帯　　３．ひとり親世帯（母子父子世帯）→児童扶養手当受給　有・無  ２．準要保護世帯　４．交通遺児　５．両親のない子 | | | |
| 同　　意　　書 | | | |
| 上記該当区分に私が該当するか否かについて,下記関係機関に社会福祉協議会会長が　照会することに同意します。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　記  １．阿見町保健福祉部　社会福祉課　　　４．阿見町教育委員会　学校教育課  ２．　　同　　　　　　子ども家庭課　　５．茨城県県南県民センター　県民福祉課  ３．阿見町町民生活部　町民課　　　　　６．通学先の小学校・幼稚園・保育所 | | | |
| 住　　所 |  | | |
| 氏　　名 | 印 | | |

※この申請書に記載された個人情報は,入学祝金支給事業以外では使用いたしません。

社会福祉法人　阿見町社会福祉協議会