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