

(第1号様式)

就学援助費交付申請書
Application for School Assistance Grant

8年 Year 6月 Month 26日 Day

中井町教育委員会 様
To: Nakai Town Board of Education

住所 中井町

Address: Nakai Town Hinakubol

申請者(保護者) 氏名

Applicant (Guardian) Name Taro Nakai

電話

Phone 0465(81)3906

就学援助費の交付を受けたいので、次のとおり申請します。また、教育委員会が行う審査事務に伴い、所得状況等について確認することを承諾します。教材費等、学校への納付金に未納がある場合には、就学援助費を学校長へ直接交付することに同意し、虚偽記載等があった場合は、否認定となっても不服はありません。

I am applying for the school assistance grant as follows. I also consent to the verification of my income status and other information in connection with the review process conducted by the Board of Education. If there are unpaid fees such as educational materials to the school, I agree that the assistance grant may be paid directly to the school principal. I understand that if there are any false statements, I will have no objection to the application being denied.

1. 就学援助費を受けたい児童・生徒の氏名等(続柄は申請者から見た続柄を記入)

1. Name and other information of the child/student for whom school assistance is requested
(Enter the relationship as seen from the applicant)

氏名 Name	続柄 Relationship	生年月日 Date of Birth	学校名 School Name	学年 Grade
Futaba Nakai	Child	2012.6.1	Nakai Junior high School	grade 2
Jiro Nakai	Child	2016.12.24	Inokuchi Elementary School	grade 4

2. 家族構成(申請者本人、対象児童・生徒を除く世帯の全員を記入)

2. Family Composition
(List all household members excluding the applicant and the target child/student)

氏名 Name	続柄 Relationship	生年月日 Date of Birth	職業または在学校・在学年等 Occupation or School/Grade Attending
Hanako Nakai	Mother	1985.7.10	Part time
Hanae Nakai	Grandmother	1960.11.25	Unemployed

(第1号様式)

3. 申請理由 (該当する者に○をつけてください)

3. Reason for Application (Please circle the applicable item)

1 生活保護が停止または廃止された 1 Welfare was suspended or ended but financial problems remain.	(年 月 日) (Year Month Day)
2 町民税が非課税である 2 Municipal tax is exempt.	
3 町民税が減免されている 3 Municipal tax is reduced or exempt.	
4 児童扶養手当の支給を受けている【証書番号 神児扶 第 号】 ※これは「児童手当」とは違います 4 Receiving Child Rearing Allowance [Certificate No. Kami Jifuyo No.] *This is different from "Child Benefit"	
5 1～4には該当しないが、経済的に困っており援助が必要である 5 Does not apply to 1-4, but is in financial difficulty and needs assistance. (具体的理由 (Specific reason: Please state the detailed reason)	

4. 住居の形態

4. Type of Residence (Please circle the applicable item)

1 持ち家 2 借家・アパート 1 Own home 2 Rented house / Apartment (家賃等の引落としと契約者名が確認できるものの写しを添付してください) (Please attach a copy showing the automatic deduction for rent and the name of the contract holder.)

5. 認定された場合の振込先 (通帳の振込先のわかる部分の写しを添付してください)

5. Bank Transfer Destination if Approved

(Please attach a copy of the bankbook showing the transfer destination)

金融機関・店名 Financial Institution / Branch Name	Kintarou 銀行・金庫・農協 Bank / Credit Union / Agri. Coop.	Ashigara 支店 Branch	
口座名義人 Account Holder	フリガナ Taro Nakai	種別 Deposit type 普通・当座 Ordinary / Checking	口座番号 Account Number 012345