様式第１号

　　 　　　　年度　就学援助申請書

年　　　　月　　　　日

佐用町教育委員会　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　□　新規申請　　□　継続申請　）

　佐用町立小中学校児童生徒等の就学援助に関する規則第５条の規定により、就学援助費の支給を申請します。

なお、申請にあたって、次の事項に同意します。

1. 認定調査に必要な世帯全員の住民基本台帳、町民税課税台帳、児童福祉情報等を町が確認することに同意します。
2. 認定審査のために必要な範囲で、町が地区民生児童委員に個人情報や意見等を聴取することに同意します。

**【申請者】** 保護者等　※申請者が自書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 電話番号(携帯番号) | －　　　－（　　　－　　　　－　　　　　） |
| 氏　　名 |  |
| 住 　所 | （〒　　　　―　　　　　）　※住所はアパート等の場合、棟、室番号まで記入してください。佐用町 |

**【対象児童生徒】**　小中学生　※年齢、学校、学年は、当該年度当初４月１日現在で記入 (中途申請の場合は申請時点)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　　　名　（　ふ　り　が　な） | 生　年　月　日 | 年齢 | 学　校　名 | 学年 |
|  | 　年　　　月　　　日 |  | 学校 | 　　　年 |
|  | 　年　　　月　　　日 |  | 学校 | 　　　年 |
|  | 　年　　　月　　　日 |  | 学校 | 　　　年 |

**【世帯の状況】** 生計を同じくする者について記載　　※異なる世帯であっても生計を同一にする方は記入すること

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 | 児童生徒との続柄 | 生年月日 | 年齢 | 勤務先及び職業、学校名及び学年（高校、専門学校、大学等）、保育園名等 | 収入 | 収入の種類 | 年間の収入額 |
|  |  |  |  |  | 有・無 |  | 　　　　　　　円 |
|  |  |  |  |  | 有・無 |  | 　　　　　　　円 |
|  |  |  |  |  | 有・無 |  | 　　　　　　　円 |
|  |  |  |  |  | 有・無 |  | 　　　　　　　円 |

　※収入の種類：給与・事業所得・年金・その他と記入

**【住居の状況】** 該当するものに☑　　※その他の場合　実家住まいで父親名義である、親類から無償で借りている等記入

|  |
| --- |
| □　持家　□　借家　(□町営住宅　・　□　民間アパート等)　 □　その他（　　　　　　　　　 　　　　　　　） |

**【申請理由】**生活状況等できるだけ詳しく記入してください。

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**【家庭の状況】**各項目について、有無、内容等記入してください

**別 紙 ３**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項 目 |  該当の有無 | 内　　　容 |
| (1) 離婚・死別・別居・未婚 | 有　・　無 | 離婚 ・　死別　・ 別居 ( 年 月 )　 ・ 未婚 |
|  別居の場合/　理由：  |
| 項 目 |  該当の有無 | 年　額 | 月　額 | 内　　　容 |
| (2) 養育費 | 有　・　無 | 円 | 円 |  年 月から |
| (3) 児童手当 | 有　・　無 | 円 | 円 |  年 月から |
| (4) 児童扶養手当 | 有　・　無 | 円 | 円 |  年 月から |
| (5) 特別児童扶養手当 | 有　・　無 | 円 | 円 |  年 月から |
| 対象児童生徒名： |
| 項 目 |  該当の有無 | 年　額 | 内　　　容 |
| (6) 仕送り（同居者以外からの） | 有　・　無 | 円 | 続柄：　　　　　氏名： |
| (7) その他収入 | 有　・　無 | 円 | 収入内容： |
| 項　　　 目 | 該当世帯員氏名 | 内　　　容 |
| □ | (8) 失踪中 |  | 失踪日　　　　　　　　　　　　　　　　　年　 　月 |
| □ | (9) 失業中・求職中 |  | 退職日は又は廃業日　　　　　　　　年　　 月　　 日 |
| □ | (10)長期療養中 |  | 　　　　　年　　　月から |
| 病名：　　　　　 　 　　（入院：有・無　病院名：　　　　　　　　　　　　　） |
| □ | (11) 心身障害者 |  | 　障害の種類：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　級： |
| □ | (12) 年金(老齢・遺族・障害等) |  | 種類 ： 　老齢　 ・　 遺族　 ・　 障害　 ・ 　その他 |
|  | 種類 ： 　老齢　 ・　 遺族　 ・　 障害　 ・ 　その他 |
| □ | (13) 雇用保険※（9）と関連有 |  | 有 ・ 無　/　年額　(月額) ：　　 　　　　 　　　　　円 |
| 　　無の場合 / 理由 ： |
| □ | (14) 最近仕事を始めた・仕事を変わった |  | 就職（開業）日　　　　　　　年　　 月　　 日 |
| 勤務先名等 ：　　 　　/　月額 ・年額 ：　　　 　　　 　円 |

　　※年額は１月～12月中に受け取った額について記入し、直近の月額も記入してください。

年途中からの受給の方は、年額の記入は不要です。月額と受給開始年月日について記入してください。

■ 該当するものがあれば☑してください。 　　　　　 　　　　 　　■ ひとり親世帯で、児童扶養手当を受給していない方は

（前年度又は該当年度において）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 その理由として該当するものを☑してください

※注意事項

・申請内容に変更があった場合は、教育委員会まで

お知らせください。

・虚偽の申請がなされた場合は、認定を取り消します。

□ 1.申請中（未決定）のため

□ 2.所得限度額を超えたため

□ 3.障害年金または遺族年金を受給しているため

□ 4.配偶者と離婚調停または訴訟中のため

□ 5.その他（　　　　　　　　　　　　　 　　）

□ 1.生活保護法に基づく保護の停止又は廃止された。

□ 2.町民税の非課税または減免の措置を受けている。

□ 3.固定資産税の減免の措置を受けている。

□ 4.国民年金の掛金の減免を受けている。

□ 5.国民健康保険税の減免又は徴収猶予の措置を受

けている。

□ 6.児童扶養手当の支給を受けている。

□ 7.生活福祉資金の貸付を受けている。

　**【添付書類】** 提出するものに☑し、（　）に対象者の氏名を記入してください。

□　給与所得源泉徴収票写し（　　　　　　　　　　 　　） □　給与支払証明書写し （　　　　　　　　　　 　　）

* 確定申告書写し　　　　　　（　　　　　　　　　　 　　） □　離職票写し （　　　　　　　　　　 　　）

□　年金源泉徴収票写し　　　（　　　　　　　　　　 　　） □　年金通知書等写し （　　　　　　　　　　 　　）

□　児童扶養手当証書写し　 （　　　　　　　　　　 　　） □ 特別児童扶養手当証書写し（　　　　　　　　　　 　　）

**【確認欄】**※保育園長の確認は小学校入学予定者のみ

|  |  |
| --- | --- |
| 民生委員・児童委員 | 年　　月　　日　　佐用町　　　　　　 　　地区　民生委員・児童委員　　 　　　　　　  |
| 保育園長 | 年　　月　　日　　佐用町立　　　　　　　　保育園　園長 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 学校長 | 年　　月　　日　　佐用町立　　　　　　　　学校　学校長 　　　　　　　　　　　　　　　　　  |