

様式（第5条関係）

粕屋町特別支援教育就学奨励費補足給付申請書

令和 年 月 日

粕屋町教育委員会教育長 様

粕屋町特別支援教育就学奨励費補足給付事務実施要綱に基づき、下記のとおり申請します。

記

申請者

申請者氏名 (保護者)		児童生徒との続柄	
住 所			
電話番号	(日中連絡が取れる電話番号)		

対象児童生徒

児童生徒氏名	生 年 月 日	学 校 名	学 年
	年 月 日	学校	年

(同意)

私は、本申請にあたり、以下の事項について同意します。

- ・ 就学奨励費の認定状況その他補足給付の審査に必要な情報について、粕屋町教育委員会が関係部署に照会し、または内部で確認すること。
- ・ 本補足給付を、私が負担すべき学校給食費に直接充当すること。

(保護者署名)