別記第１号様式（第２条関係）

中川町高等学校生徒就学支援補助金交付申請書

年　　月　　日

中川町教育委員会教育長　様

申請者（就学費負担者）
住　　所　中川町字＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿年度において中川町高等学校生徒就学支援補助金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

なお、補助金額を決定するために、私と当該生徒等の戸籍情報を確認することに同意します。

記

１　交付申請額

月額　　，０００　円

２　就学する生徒の状況

氏　　名	
住　　所	
学　　校　　名	
入　学　年　月　日	令和　　年　　月　　日
在　　学　　年　　次	第　　学年
申請者からみた続柄 該当する□にレ点を記入してください	□第１子　□第２子　□第３子以降

注１　この様式は、中川町高等学校生徒就学支援補助金の交付を申請する場合に使用してください。
注２　この様式には、次の書類を添付してください。
(1) 高等学校等が発行した在学証明書の原本
(2) 下宿等に係る賃貸契約書の写し又は通学に係る定期乗車券の写し（負担者のみ）
(3) 補助金の振込を希望する金融機関の通帳