様式第1 (第6条関係)

ひとり親家庭等児童受験料給付金申請書

令和××年 ×月 ×日

東 浦 町 長

ひとり親家庭等児童受験料給付金の給付を受けたいので、次のとおり申請します。

申請者	ふりがな	ひがしうら はなこ		
	氏 名	東 浦 花 子		
	住 所	〒470-2192 東浦町大字緒川字政所 20 番地 電話番号：0562-83-3111		
対象児童	ふりがな	ひがしうら たろう	生年月日	平成×年×月×日
	氏 名	東 浦 太 郎		
	住 所	〒 申請者と同じ		
	学校名 (申請時点)	〇〇中学校		
支給対象費用	検 定 料	(進学先学校名等： △△高等学校) 2,200円		
		(学校名等： 〇〇高等学校) 10,000円		
		(学校名等：) 円		
		(学校名等：) 円		
	入学前納金	(学校名等： 〇〇高等学校) 30,000円		
	合 計	① 42,200円		
	その他補助額	② 0円		
申 請 額	(上限 100,000 円) ①-② 42,200円			
手当受給の有無	町遺児手当 児童扶養手当・愛知県遺児手当・受給していない			
同 意 書				
この申請に係る審査に際し、本町及び関係機関が保有する情報を町職員が確認することに同意します。				
氏名 東 浦 花 子 (署名)				

様式第3（第8条関係）

ひとり親家庭等児童受験料給付金請求書

年 月 日

東 浦 町 長

住 所 **東浦町大字緒川字政所 20 番地**
申請者 氏 名 **東 浦 花 子**
電話番号 **0562-83-3111**

年 月 日付で支給決定のありましたひとり親家庭等児童受験料給付金について、次のとおり請求します。

請 求 額	金 42,200 円	
希望する 支払金融機関	金融機関名	〇〇銀行
	支店名	□□支店
	口座番号	1234567
	普通／当座	普通 ・当座
	名義人（フリガナ）	ヒガシウラ ハナコ