

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

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			
	氏 名			
	住 所	〒 電話番号：		
対象児童	ふりがな		生年月日	
	氏 名			
	住 所	〒		
	学 校 名 (申請時点)			
支給対象費用	検 定 料	(進学先学校名等：) 円		
		(学校名等：) 円		
		(学校名等：) 円		
		(学校名等：) 円		
	入学前納金	(学校名等：) 円		
	合 計	① 円		
	その他補助額	② 円		
	申 請 額	(上限 100,000 円) ①－② 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 (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
申請者 氏 名
電話番号

年 月 日付け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 円	
希望する 支払金融機関	金融機関名	
	支店名	
	口座番号	
	普通／当座	普 通 ・ 当 座
	名義人（フリガナ）	