

船橋市教育委員会 へ

年 月 日

申請者 (保護者)	住所	船橋市		電話	携帯	-----
	氏名(自署)				自宅	
私は下記「同意項目」すべてに同意し、下記対象児童・生徒について就学援助を申請します。						
対象 児童・ 生徒	在籍学校名		学校			
	学年・組		フリガナ		生年月日	
			児童・生徒氏名			
	年	組			年	月 日
	年	組			年	月 日
年	組			年	月 日	
家庭の状況(対象児童・生徒以外)						
氏名		続柄	生年月日		職業・学校・学年	
上記申請者(保護者)		本人	年 月 日			
			年 月 日			
			年 月 日			
			年 月 日			
			年 月 日			
			年 月 日			
			年 月 日			
申請理由	下記事項の該当する番号を○で囲んでください。					
	<p>1 生活保護世帯である。</p> <p>2 児童扶養手当(ひとり親家庭等への手当)が支給されている。</p> <p>3 上記1及び2に該当しないが、経済的な理由で児童・生徒に義務教育を受けさせることが困難である。(下記特別な理由欄に家庭の状況を記載)</p>					
特別な理由						
同意項目						
<ul style="list-style-type: none"> 私は、船橋市教育委員会(学務課)が認定審査のために私及び私と生計を一にする者の課税状況、生活保護及び児童扶養手当の受給状況、住民基本台帳等を調査することに同意します。 私は、船橋市教育委員会(学務課)が支給事務のために認定情報を船橋市生活支援課及び児童家庭課に提供することに同意します。また、必要に応じ他市区町村就学援助事務担当部署に認定情報を照会、提供することにも併せて同意します。 私は、就学援助の請求、受領及び返還に関する一切の権限を在学する学校の長に委任することに同意します。 私は、学校徴収金に不足や未納があった場合は、相当額を就学援助費から充当することに同意します。 私は、就学援助受給資格を喪失した際には、相当額を返還することに同意します。 						

船橋市学校給食費減免申請書

船橋市教育委員会 あて

住所 _____

氏名 _____

電話番号 _____

学校名 _____

令和2年度の学校給食費について減額又は免除を受けたいので、船橋市学校給食費に関する条例施行規則第5条第2項の規定により、次のとおり申請します。

申請理由	1 就学援助申請（ 継続 ・ 新規 ） 2 その他			
	（2の場合に申請理由を記入してください。）			
申請に係る事実の発生日	（申請理由が2の場合に記入してください。） 年 月 日			
対象となる児童又は生徒等	学年等	年	組	生年月日
	フリガナ			続柄
	氏名			
	学年等	年	組	生年月日
	フリガナ			続柄
	氏名			
	学年等	年	組	生年月日
	フリガナ			続柄
	氏名			
	学年等	年	組	生年月日
	フリガナ			続柄
	氏名			
校長の意見（申請理由が2の場合に記入してください。）				