年　　月　　日

中川町教育委員会　様

申請者（保護者）住所　中川町字

申請者（保護者）氏名　　　　　　　　　　㊞

申請者（保護者）職業

　　　　年度就学援助費補助申請書

　下記のとおり、就学援助の補助を申請いたします。

記

１、児童・生徒について

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 学校名 | 学年 | 児童・生徒氏名 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

※就学援助を希望する年度の在籍状況を記入してください。