

# 特別支援教育就学奨励費（申請・辞退）書

ふじみ野市教育委員会 へ

令和 年 月 日

保護者	住所	ふじみ野市		
	氏名	フリガナ		
電話番号	自宅	携帯		
児童・生徒	氏名	フリガナ		
	生年月日	平成	年	月 日
	学校・学年	ふじみ野市立	学校	第 学年
学級・教室 <small>(該当する欄に☑をつけてください)</small>	<input type="checkbox"/>	特別支援学級		
	<input type="checkbox"/>	通常学級 <small>(学校教育法施行令第22条の3に定める障がいの程度に該当する児童生徒)</small>		
	<input type="checkbox"/>	通級指導教室		

《これ以降の記入は、辞退する方は「1 辞退する方」を、申請する方は「2 申請する方」を記入してください。》

## 1 辞退する方

本年度の特別支援教育就学奨励費の受給を全額辞退します。

保護者氏名

## 2 申請する方

① 次の事項に同意の上、本年度の特別支援教育就学奨励費の受給を申請します。

- 世帯全員の住民情報及び税務情報を教育委員会が確認することに同意します。
- 特別支援教育就学奨励費制度に係る経費の全部を以下の口座へ振り込みにより支給していただきたく在籍の学校長に委任します。なお、学校納入金に未納があるときは、未納分に充当してください。

保護者氏名

### ② 支給先振込口座

金融機関名		銀行 信金 農協	本店 支店 出張所
口座番号	普通		店番 ( )
口座名義人	フリガナ		