

年 月 日

（宛先）各務原市長

ひとり親家庭等高校生通学支援事業給付金交付申請書（後期用）

各務原市ひとり親家庭等高校生通学支援事業給付金交付要綱第6条の規定に基づき、次のとおり申請します。
なお、申請に当たり、児童扶養手当又は福祉医療費助成に関する情報を各務原市が利用することに同意します。

申請者 (保護者)	フリガナ	生年月日	年 月 日
	氏 名		
	住 所 〒 各務原市	昼間連絡可能な電話番号	— —

【高校等に通学する児童1】

フリガナ				生年月日	年 月 日		
氏名				住所 ※申請者と異なる場合のみ			
学校名			課程	☐ 全日制 ☐ 定時制 ☐ 通信制	学年	年生	
通学に 利用する 交通機関	☐ 鉄道	乗車区間	～	定期券 金額	円		
	☐ 路線バス	駅名・	～		円		
	☐ ふれあいバス	停留所名	～				

【高校等に通学する児童2】

フリガナ				生年月日	年 月 日		
氏名				住所 ※申請者と異なる場合のみ			
学校名			課程	☐ 全日制 ☐ 定時制 ☐ 通信制	学年	年生	
通学に 利用する 交通機関	☐ 鉄道	乗車区間	～	定期券 金額	円		
	☐ 路線バス	駅名・	～		円		
	☐ ふれあいバス	停留所名	～				

【振込先】（希望される口座に ☒ をいれてください。）

- ☐ 児童扶養手当振込口座に振込みを希望します。
- ☐ 下記の口座に振込みを希望します。（預貯金通帳の写しを添付してください。）

口座名義人（申請者）	金融機関名	支店名	種別	口座番号						
			普通 当座							

【交付決定通知書の送付】（希望される場合は ☒ をいれてください。）

- ☐ 給付金の交付が決定した場合に、交付決定通知書の送付を希望します。