

多治見市高等学校就学準備等支援給付金 申請書(請求書)
(申請を必要とする場合)

多治見市長 記入日 R8 年 11月10日

私は、下記のとおり支給要件を満たすため、裏面【誓約・同意事項】に誓約・同意の上、申請します。

1 申請・請求者

(フリガナ) 氏 名	生 年 月 日	現 住 所
タジミ タロウ (自署) 多治見太郎	S 55 年 5 月 / 日	507-8703 多治見市日ノ出町 2-15 電話 090 (0000) XXXX

2 対象児童

令和8年9月30日現在、多治見市内に住民登録がある中学校3年生の児童を記入

	(フリガナ) 氏 名	関係性	生年月日	同居・ 別居の別	住所 (多治見市内で 別居の場合のみ記入)
1	タジミ イチロウ 多治見 一郎	子	平成 23 年 9 月 / 日	同居 別居	
2			平成 年 月 日	同居 別居	
3			平成 年 月 日	同居 別居	

3 申請額・請求額

申請する給付金を計算し、記入してください。

対象児童数	給付金単価	申請額・請求額
1 人	30,000 円	30,000 円

4 振込口座 (原則、1の申請・請求者名義の口座) ※長期間入出金のない口座を記入しないでください。

下欄に記入し、裏面に振込先金融機関口座確認書類の写しを貼り付けてください。
【受取口座記入欄】

金融機関名	支店名	種別	口座番号	口座名義
多治見 銀行 信金 信組 農協	本・支店 本・支所 出張所	1 普通 2 当座	1234567	(カタカナ) タジミ タロウ
銀行コード	支店コード			

ゆうちょ銀行 (郵便局) (通常貯蓄貯金への振込みはできません)	記号 (6桁目がある場合は※欄にご記入ください)	番号	口座名義
	1 0 - ※		(カタカナ)

※金融機関の口座がない方は、多治見市保険年金課医療手当グループ (電話 0572-23-5732) へご相談ください。

裏面も必ずご確認ください