

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 年 月 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
(自署)	年 月 日	電 話 ()

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			平成 年 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
人		30,000 円		円

4 振込口座（原則、2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
銀行 信金 信組 農協	本・支店 本・支所 出張所	1 普通 2 当座		(カタカナ)
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	-		※				

※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

申請書（請求書）の提出にあたり、以下のことを誓約・同意します。

- （１）高等学校就学準備等支援給付金（以下「給付金」という。）の支給要件を満たしています。
- （２）給付金の支給要件を審査等するため、市が申請者の世帯に係る住民基本台帳情報、税情報や健康保険情報の公簿等により確認することや、必要な資料の提供を他の行政機関に求める・提供することに同意します。
- （３）公簿等で確認できない場合は、市からの請求に対し、関係書類の提出を行います。
- （４）申請書に不備があり、市長が定める期限までに当該不備が補正されなかった場合には、給付金が支給されないことに同意します。
- （５）支給決定をした後、申請書の不備による振込不能等の事由により支払が完了せず、かつ、申請・請求者に連絡・確認できないことにより令和９年３月31日までに支給ができない場合には、給付金が支給されないことに同意します。
- （６）申請内容等に偽りがあった場合や相違があり支給要件に該当しないことが分かった場合には、受給済みの給付金を返還します。

貼り付け欄

本人確認書類

※運転免許証、健康保険の資格確認書類、マイナンバーカード（顔写真の面）、パスポートなどの写し（コピー）

（届出者の氏名、住所、生年月日が分かる書類のいずれか１点を貼り付け）

振込先金融機関口座確認書類

※通帳又はキャッシュカードの写

（振込先口座の金融機関名、支店名、口座番号、口座名義（カタカナ）が分かる書類のいずれか１点を貼り付け）