様式第４号（第１０関係）

年　　月　　日

　金ケ崎町長　様

　　　　　　　　　　　　　申請者（保護者）住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　印

金ケ崎町特別支援学校登校支援事業利用申請書

　金ケ崎町特別支援学校登校支援事業実施要綱第１０の規定により、下記のとおり申請します。

　また、利用の可否の決定に際して必要があるときは、住民基本台帳の世帯状況について調査することに同意します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用児童等の保護者 | フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 | 〒電話番号　　　　　（　　　　） |
| 利用児童等 | フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏　　名 |  |
| 続　柄 |  |
| 特別支援学校(通学先） | 学校名 |  |
| 学　校所在地 |  |
| 学部又は学級名 |  | 学年 |  |
| (必要な支援)児童等の状況 |  |

* 児童等が身体障害者手帳等を所持している場合は記載ください。