

決 裁	課長				受 付 年 月 日	年 月 日	
					認 定 年 月 日	年 月 日	
受 給 資 格 の 適 ・ 否					決定通知 交付月日	年 月 日	
					台帳作成 月 日	年 月 日	
適・否	理 由				支払開始 年 月	年 月から	
心身障害児通学奨励費補助金交付（認定）申請書 年 月 日 （あて先）日高市長 住 所 日高市 申請者 氏 名 次のとおり通学奨励費補助金の交付を受けたいので受給資格の認定を申請します。							
児 童 名					生年月日	年 月 日 (歳)	
保 護 者 名				児童との 続 柄			
児童の通学 施 設 名				住 所			
通学の方法		利 用 区 間		通 学 距 離	km	通 学 時 間	分
添付書類 在学証明書 1 通							