

八王子市緊急時通学支援事業支給（変更）申請書

年 月 日

八王子市福祉事務所長 殿

申請者

住所

氏名

個人番号：

電話番号

※利用者が18歳未満の場合は保護者氏名を記入してください。
本人または保護者の署名の場合は、押印を省略することができます。

次のとおり、八王子市緊急時通学支援事業の 支給決定 ・ 支給量変更 を申請します。なお、申請に当たり、利用者及び利用者の家族等の所得状況等について、八王子市福祉事務所長が「課税台帳」等の公簿により確認することに同意します。
(太枠内を記入してください。)

支援対象児童等	(フリガナ) 氏名	個人番号：	生年月日	年 月 日 (満 歳)		
	住所	〒 〇〇〇 〇〇〇 〇〇〇 八王子市				
	学校名					
	常時保護者の送迎が必要な理由					
障害種別	1 身体障害者手帳	級	交付番号 交付日	第	年	月 日
	2 愛の手帳	度	交付番号 交付日	第	年	月 日
	3 精神障害者又は発達障害を有する者	級	交付番号 交付日	第	年	月 日
	4 難病等（病名： _____）					
支給量 変更事由	必要な時間数（ _____ 時間）					
世帯構成	氏名	生年月日	利用者との続柄	市町村民税の状況	生活保護受給有無	
	児童等	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	本人	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	有・無	
	世帯員	T・S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日		<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	有・無	
		T・S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日		<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	有・無	
		T・S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日		<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	有・無	
T・S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日			<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	有・無		
備考						