

年 月 日

日出町教育委員会 御中

住 所
保護者 氏 名
連絡先

就学援助受給資格喪失届

下記の者に係る就学援助の受給資格を喪失したので、届け出ます。

記

受給資格者 (保護者)	氏名	
対象の 児童生徒	フリガナ	
	氏名	
	在籍校 学年	学校 年 学級名
	フリガナ	
	氏名	
	在籍校 学年	学校 年 学級名