

日出町教育委員会 御中

保護者 住 所
氏 名
連絡先

特別支援教育就学奨励費辞退届

下記の者に係る就学援助費の支給を辞退したいので、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