

四万十町要保護及び準要保護児童生徒就学援助費支給要綱に係る取扱規程

(趣旨)

第1条 この規定は、四万十町要保護及び準要保護児童生徒就学援助費支給要綱（平成18年教育長告示第3号。以下「要綱」という。）第10条に基づき、四万十町要保護及び準要保護児童生徒就学援助費の支給に関し必要な事項を定めるものとする。

(受給資格)

第2条 要綱第2条の保護者に代わる者とは、実際に当該児童生徒を養育していることを当該学校長が認めた者とする。

(援助費)

第3条 要綱第3条の援助費は、別表のとおりとする。

(申請書)

第4条 要綱第4条の就学援助費申請書は、別記第1号様式によるものとする。

2 要綱第4条の申請書を受理した学校長は、別記第2号様式に申請状況を取りまとめて教育長へ申請するものとする。

(援助費の支給方法)

第5条 要綱第6条第2項の医療費の請求は、別記第3号様式又は別記第4号様式によるものとする。

附則

この訓令は、平成30年4月1日から適用する。

別 表

小学校

費 目	要保護	準要保護	支給時期
学用品費	教育扶助	11,420 円	年2回（5月、10月）
通学用品費（第1学年を除く）	教育扶助	2,230 円	年2回（5月、10月）
新入学児童生徒学用品費等	教育扶助	40,600 円	年1回（5月）
修学旅行費	実 費	実費の80%以内	旅行前
医療費	医療扶助	実費	随時
給食費	教育扶助	実費の50%以内	給食費支払日

中学校

費 目	要保護	準要保護	支給時期
学用品費	教育扶助	22,320 円	年 2 回（5 月、10 月）
通学用品費（第 1 学年を除く）	教育扶助	2,230 円	年 2 回（5 月、10 月）
新入学児童生徒学用品費等	教育扶助	47,400 円	年 1 回（5 月）
修学旅行費	実 費	実費の 80%以内	旅行前
医療費	医療扶助	実費	随時
給食費	教育扶助	実費の 50%以内	給食費支払日

備考

- 1 他の制度で同様の助成がある場合は、他の制度を優先し、本制度での支給は行わない。
- 2 年度途中で認定された場合、学用品及び通学用品費は、認定された月を基準に月割りで随時支給する。

年度 就学援助認定申請書（世帯票）

区分	要保護・準要保護	新規・継続
----	----------	-------

※申請者は太線の枠内のみ記入してください。

四万十町教育長 様 (同意事項) ◎申請に伴い、認定された場合の四万十町からの援助費については下記の口座へ振込みを依頼します。 ◎必要により学校長又は学校教育課長を受取代理人とします。 ◎認定事項（住民基本台帳・税務・年金・児童扶養手当）については、関係機関の調査に同意します。										
申請者	住所	四万十町			氏名 (同意事項承認)		フリガナ 印			
	年1月1日 現在の住所				連絡先		電話（自宅） （勤務先）			
世帯の状況 (児童・生徒も含む全員)	該当児童・生徒は○印	○印	氏名	続柄	生年月日	年齢	学年	職業	備考	
					明・昭 大・平	年 月 日		学校 年		
					明・昭 大・平	年 月 日		学校 年		
					明・昭 大・平	年 月 日		学校 年		
					明・昭 大・平	年 月 日		学校 年		
					明・昭 大・平	年 月 日		学校 年		
					明・昭 大・平	年 月 日		学校 年		
					明・昭 大・平	年 月 日		学校 年		
					明・昭 大・平	年 月 日		学校 年		
					明・昭 大・平	年 月 日		学校 年		
申請理由	該当するいずれかに必ず○をつけてください。 1 生活保護法による保護の受給・停止・廃止 2 市町村民税の非課税または減免、個人事業税・固定資産税の減免 3 国民年金保険料の免除 4 国民健康保険税の減免または徴収猶予 5 児童扶養手当の支給（児童手当とは異なります） 6 生活福祉資金貸付制度による貸付 7 経済的な理由により援助を要する状況 (世帯の需要額が保護世帯基準の1.2以内)					7に該当する人は申請の理由を詳しくお書きください。				
	金融機関名	支店名	預金種別	口座番号			口座名義人（必ず申請者であること）			
		支店 支所 本所	普 通					フリガナ		
(教育委員会) 上記の者を 要保護 ・ 準要保護 児童生徒として (認定します ・ 認定しません) 年 月 日 四万十町教育長 印										
申請理由の1から7以外で、就学援助を必要とする場合に記入										
就学援助を必要と (認めます 認めません) 年 月 日 学校長 印					就学援助を必要と (認めます 認めません) 年 月 日 民生委員氏名 印					
上記の者を 要保護・準要保護 児童生徒として (承認します ・ 承認しません) 年 月 日 四万十町教育委員会 印										

年度 就学援助申請一覧及び認定資料

学校名

[illegible]

(注) ※は学校で記入します。

医 療 券

※	要保護	準要保護	認定番号		医 科	
教 育 委員会名		四 万 十 町 教 育 委 員 会 ㊟			学 校 名	
					校 長 氏 名	㊟

※学校保健法医療券	交 付 第 号		交 付 年 月 日		この券の有効期間 年 月 日まで	
	受療者	氏 名			生年月日	年 月 日
		学校名			学校所在地	四万十町
	病 名			備 考		
	診 点 療 見 込 数	学校医名 ㊟ 連絡先 TEL				
		適 要				
		診総点数 点 円				

診 療 報 酬 請 求 明 細 書	初診 年 月 日		診療実日数 日		転 帰		
					治 療	繰 越	中 止
	初 診 の 内 容						
	初診又は再診料						
	薬 治 料			日分		点	
				〃		〃	
				〃		〃	
				〃		〃	
		注 射			回		点
			〃		〃		
	処 置			回		点	
				〃		〃	
	手 術			回		点	
		〃		〃			
そ 他					点		
請 求 総 点 数					円		
支 払 方 法							
請 求 内 容	社会保険負担（○をつけて下さい）					振 込 先	
	健、国、日、共、その他 円					農協 所	
	地方公共団体負担金 円					銀行 支店	
普・当No. _____							
一 金 円請求します							
ただし 上記診療報酬（地方公共団体負担分）として							
年 月 日							
医療機関所在地							
医 療 機 関 名							
院（所）長名 ㊟							
殿							

（注）※は学校で記入します。