

社会福祉法人 万灯会(ばんとうかい)

岩田障がい者入学・進級祝い金 募集要項

平成 29 年度

【入学・進級祝い金対象者】（下記要件をすべて満たす方）

- ◎ 障がいのあるお子さんがみえる、ひとり親家庭の方。
- ◎ 本年度、小学校及び中学校の特別支援学級に在籍されている方。
又は、羽島特別支援学校に在籍、入学、編入された方。
- ◎ 羽島市内で生活してみえる方。又は、羽島市以外で、羽島特別支援学校に在籍されている方。

【助成内容】

- ◎ 一律 20,000 円です。（子ども一人につき、年 1 回です）
- ◎ 推薦者（羽島市内小学校・中学校校長、羽島特別支援学校校長）
の証明書が必要です。

【申請者】

羽島市内小学校・中学校校長・羽島特別支援学校校長

【今年度申請締切】

平成 30 年 2 月 28 日

問い合わせ先：社会福祉法人 万灯会（担当：鹿野）

〒501-6324 岐阜県羽島市桑原町小藪860番地

電話 (058) 398-7900 FAX (058) 398-5503

<http://bantoukai.jp>

様式 1

岩田障がい者入学・進級祝い金申請書

年 月 日

社会福祉法人万灯会 理事長 様

私は、社会福祉法人万灯会の障がい者入学・進級祝い金を受給したいので、下記のとおり申請します。

申請者 (保護者)	フリガナ		生年月日	年 月 日		
	氏名		性別	男・女		
	住所			電話番号		
児童・生徒	フリガナ		生年月日	年 月 日		
	氏名		性別	男・女	申請者との続柄	
	入学・進級した学校名			学年		
振込先	金融機関名	銀行・金庫 本店 郵便局・農協 支店				
	預金種目	普通 ・ 通常				
	口座番号					
	フリガナ					
	名義人（申請者）					
	名義人住所					

以上

様式 2

岩田障がい者入学・進級祝い金推薦書

年 月 日

社会福祉法人万灯会 理事長 様

学 校 名 _____

校 長 名 _____ ㊞

住 所 _____

電 話 番 号 _____

下記の者を障がい者入学・進級祝い金の対象者に推薦いたします。

記

養育者氏名		電話番号	
住 所			
児童・生徒氏名		性 別	男・女
推 薦 理 由			

以上