

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

令和8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おられる、ひとり親家庭の方。
- ◎ 本年度、羽島市小・中学校及び義務教育学校（桑原学園）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されている方。
- ◎ 羽島市内で生活してみえる方。（羽島市在住者に限る）

【助成内容】

- ◎ 一律20,000円です。（お子様一人につき、年に1回です）
- ◎ 推薦者（羽島市内小学校・中学校校長、桑原学園学校長、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、桑原学園学校長、羽島特別支援学校校長

【今年度申請締切】

令和9年2月28日

【申込書・推薦書の送り先】【お問い合わせ】

〒501-6324 岐阜県羽島市桑原町小藪860番地

障害者支援施設 双樹園（担当：石田 番）

電話（058）398-7900 FAX（058）398-5503

<http://bantoukai.jp>

様式 1 (保護者用)

岩田障がい者入学・進級祝い金申込書
(所属の学校長へ提出して下さい)

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、下記のとおり申し込みます。

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	保護者との続柄	
	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（保護者）					
	保護者住所					

以上

様式2（学校用）

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 _____ 印

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			

様式1（保護者用）と、様式2（学校用）【この用紙】を一緒にして、送り先までご郵送下さい。

以上