

議案第 22 号

小城市就学援助規則の一部を改正する規則

このことについて別紙のとおり提出する。

令和 3 年 12 月 23 日

小城市教育委員会 教育長 大野 敬一郎

提案理由

申請様式の押印見直しにより規則を改正する必要がある。
これが、本議案を提出する理由である。

小城市教育委員会規則第 号

小城市就学援助規則の一部を改正する規則

小城市就学援助規則（平成 21 年小城市教育委員会規則第 4 号）の一部を次のように改正する。

様式第 1 号から様式第 3 号まで、様式第 5 号－①から様式第 5 号－③まで、様式第 6 号及び様式第 10 号を次のように改める。

就学援助申請書

申請日 年 月 日

小城市教育委員会 様

申請者(保護者) 住所 小城市
氏名
連絡先

就学援助費を受給したいので、次のとおり申請します。

なお、就学援助の認定に当たり、小城市教育委員会が世帯員の住民基本台帳及び市民税課税台帳並びに児童扶養手当受給台帳を閲覧することについて同意します。

同意者(保護者) 氏名 _____

世帯状況(※対象児童生徒と実際に同居されている方全員を記入して下さい。)

氏名	続柄	生年月日	勤務先 学校名・学年
	本人 (申請者)	・	
		・	
		・	
		・	
		・	
		・	

申請理由(※生活状況や収入状況について記入して下さい)

[Blank box for application reasons]

小城市に転入された方(※前住市町村から世帯員の市町村民税課税証明書を取得して申請書に添付してください。)

(転入日: 年 月 日 前住市町村:)
 ・前住市町村で教育扶助・就学援助を受けていた。 [1. はい 2. いいえ]

※申請する年の1月1日現在で小城市内に住所を有しない場合も、前住市町村民税課税証明書が必要です。

学校確認

申請者について就学援助を必要とする者として確認しました。
ただし、小城市就学援助規則第4条第3号の対象者については、
現状報告書(様式第2号)及び学校長意見書(様式第3号)を添付します。

学校長公印

[Blank box for school principal seal]

.....

《教育委員会認定事務処理欄》 認定基準 該当 ・ 非該当

世帯番号		認定月	月
市民税課税状況	非課税・所得割非課税・課税(円)・その他()		
児童扶養手当 受給状況	受給(認定確定日・ 年 月 日/番号)・未受給		

様式第1号の2（第6条関係）

誓 約 書

年 月 日

小城市教育委員会 様

就学援助費の支給において、小城市内の小学校又は中学校に入学しなかった場合は、受給した援助費を小城市に返納することを誓約します。

また、受給に際して、学校に支払うべき経費に滞納がある場合には、未納相当額を差し引かれることについて了承します。

保護者

住 所 小城市 _____

氏 名 _____

児童・生徒

氏 名 _____

入学予定校 小城市立 _____ 学校

様式第2号(第6条関係)

現 状 報 告 書

年 月 日

小城市教育委員会 様

依 頼 者 住 所
(保護者) 氏 名

次のとおり相違なく報告いたしますので、就学援助の認定のための審査をお願いします。

1	申請者の就労	就労・休職(求職)
2	雇用形態(正社員・パートなど)	
3	給料(給与)	円/時・日・月
4	1日の勤務時間	時間
5	1週間の勤務日数	日間
6	申請者以外の収入の有無	有(円/月) ・ 無
7	休職(求職)の期間、理由	期間 年 月～ 理由
8	母子(父子)家庭の有無	有 ・ 無
9	母子(父子)家庭になった理由	離 婚 ・ 死 別
10	養育費(生活費)の有無・金額	有(円) 無(理由)
11	持ち家・借家の別・家賃等の月額	持ち家・借家(月額 円)
12	借入金の有無	有(円) ・ 無
13	返済の完納予定	年 月
14	預貯金の有無	有(円) ・ 無
15	所有する車の有無、車種	有() ・ 無

様式第3号(第6条関係)

年 月 日

学 校 長 意 見 書

小城市立 学校
校長

就学援助申請に伴う児童生徒及び保護者の状況については次のとおりです。

保護者名

児童生徒名(学年) (年)

- 1 児童生徒の学校生活状況について
- 2 保護者の生活状況について
- 3 校納金について
- 4 その他

様式第5号—①(第9条関係)

医療券(歯科用)

※印は学校で記入します。

※	要保護・準要保護		学 校 名	小城市立
	小城市教育委員会	印	所 在 地	小城市

※学校保健法医療券	交付第 号	交付 年 月 日	この券の有効期限	年 月 日	
	受 療 者	住 所	小城市	生 年 月 日	年 月 日生 男・女
		氏 名		学 年	第 学年
	病 名	う 歯	備 考		
	学 校 歯 科 医 名	連絡先TEL			
	所要医療費見込額	円			
	適 用				

診療報酬請求明細書	項 目	合 計 点 数	初 診	年 月 日	
	初 診 料 及 び 再 診 料	点	診 察 実 日 数	日	
	検 査 料	点	転 帰	治 癒 ・ 繰 越 ・ 中 止	
	処 置 ・ 手 術 料	点	②所要医療費総額(①×10円)		
	歯冠修復及び欠損補綴料	点	円		
		点	③小城市負担額=自己負担額		
		点	※(②の3割又は10割の額)		
	請 求 総 合 点 数	① 点	④社会保険負担額(種別に○印を付けて下さい) (②-③) ※ 健・国・日・共・その他		
	適 用	日付	点数	振 込 口 座	
		1		6	
		2		7	
		3		8	
		4		9	
	5		10		
			口 座 種 別	振込先金融機関 銀行(店)	
			口 座 番 号	当 座 ・ 普 通	
			フ リ ガ ナ		
			口 座 名 義		
ただし、上記診療報酬(③小城市負担額)として 一 金 _____ 円 請求します。 年 月 日 医療機関所在地 医療機関名 院(所)長名					
小城市長 様				印	

様式第5号—②(第9条関係)

医 療 券 (処方薬局用)

※印は学校で記入します。

※	要 保 護	準 要 保 護	認 定 番 号			
教 育 委 員 会 名	小城市教育委員会 印			学 校 名		
				所 在 地		
※ 学 校 保 健 法 医 療 券	交 付 第 号	交 付 年 月 日		こ の 券 の 有 効 期 限 年 月 日		
	受 療 者	住 所	小城市		生 年 月 日	年 月 日 生 男 ・ 女
		氏 名			学 年	第 学 年
	病 名			備 考		
	学 校 医 名	連 絡 先 TEL				
	所 要 医 療 費 見 込 額	点 円				
	摘 要					
	診 療 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 癒 繰 越 中 止		摘 要
		診 療 の 内 容				
初 診 料 及 び 再 診 料		点				
薬 治 料		日 分 点				
請 求 総 点 数		点				
請 求 内 容		健康保険負担(○印を付けて下さい。) 政・健・国・日・共・その他			振 込 先	
				金 融 機 関 名	銀 行 支 店	
				口 座 種 別		
				口 座 番 号		
				フ リ ガ ナ		
地方公共団体負担 円			口 座 名 義			
<p>一 金 _____ 円也請求します。 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</p> <p>小城市長 様</p>						

印

様式第5号—③(第9条関係)

医療券(医科用)

※印は学校で記入します。

※	要保護	準要保護	認定番号			
教育委員会名	小城市教育委員会 印			学校名		
				所在地		
※学校保健法医療券	交付第	号	交付	年 月 日		
	この券の有効期限		年 月 日			
	受療者	住所	小城市		生年月日	
		氏名			年 月 日生 男・女	
	病名			学 年		
			第 学年			
	備考					
	学校医名	連絡先TEL				
	所要医療費見込額	点 円				
	摘要					
診療総点数		点		円		
診療報酬請求明細書	初診	診療実日数	転 帰			
	年 月 日	日	治癒	繰越	中止	
	診療の内容				摘要	
	初診料及び再診料		点			
	薬治料			日分		点
				日分		点
				日分		点
	注射料			回		点
	処置料			回		点
	手術料			回		点
その他				点		
請求総点数				点		
請求内容	健康保険負担(○印を付けて下さい。)		振 込 先			
	政・健・国・日・共・その他		金融機関名	銀行 支店		
			口座種別			
			口座番号			
			フリガナ			
地方公共団体負担		円	口座名義			
<p>一金_____円也請求します。</p> <p>ただし、上記診療報酬(地方公共団体負担分)として</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関所在地</p> <p>医療機関名</p> <p>院(所)長名</p> <p>小城市長 様</p>						

印

口座振込依頼書兼委任状

年 月 日

小城市教育委員会 様

就学援助申請にあわせて次の口座を登録して、就学援助費の振り込みをお願いします。

ただし、給食費については、その受領及び執行に関する権限を学校長に委任し、学校長が指定する給食会計口座に振り込むことを了承します。

また、私が小城市から支給される就学援助費のうち、学校に支払うべき経費を滞納し、学校運営に支障を来すことになった場合には、学校長を代理人と定め、未納相当額の受領及び執行について委任します。

金融 機関名	銀行・農協	支店	口座 番号	1. 普通 2. 当座	フリガナ	
	金庫・組合	支所			口座名義人	

学校確認（通帳写し）

依頼・委任者（保護者）

住 所 小城市

氏 名

様式第10号(第13条関係)

年 月 日

小城市教育委員会 様

保護者
住 所 小城市
氏 名

児童生徒
氏 名
学校名
学 年

就 学 援 助 辞 退 届

以上の理由により、 年 月 日付 第 号で認定を受けた就学援助費について、 年 月 日をもって辞退いたします。

附 則

この規則は、令和4年4月1日から施行する。