

令和 年 月 日

学 校 長 殿

申請者 住所 蟹江町.....

(保護者) 氏名

| | | | |
|------|--|----|---|
| 生徒氏名 | | 学年 | 組 |
|------|--|----|---|

私立高等学校授業料軽減決定証明願

上記の生徒について、「蟹江町私立高等学校授業料補助申請」に必要ですので、下記事項について証明してください。

記

(証 明 事 項)

上記の者は、令和 年度において、次の区分により愛知県私立学校授業料軽減補助金交付要綱による授業料軽減決定を受けていることを証明します。

4月 ～ 6月 (甲 ・ 乙)

7月 ～ 3月 (甲 ・ 乙)

※該当する区分に○印をお願いします。なお、7月～3月の区分がそのほかのかたは、当町の補助の対象になりません。

令和 年 月 日

..... 学 校

学 校 長