

高等学校等就学支援金不受給申出書

高等学校等就学支援金を受給しないことを申し出ます。

年 組 番

生徒	ふりがな						
	氏名	姓			名		
	生年月日	平成	年	月	日		
	住所	都道府県		市区町村			
	学校名	東海大学付属熊本星翔高等学校					

保護者氏名



所得超過等の理由による不受給申出をされる方は
7月12日（金）まで学級担任へご提出ください。