

主管課長	係長	担当	課員

卒業及び進学（通学）に関する届 兼 同意書

令和 年 月 日

五ヶ瀬町長 様

三ヶ所

申請者住所 五ヶ瀬町大字桑野内 番地
鞍 岡

(保護者)氏 名

㊟

五ヶ瀬町のこども医療費受給資格の登録にあたり次のとおり届け出ます。

1. 卒業した中学校

中学校名	中学校
卒業生氏名	
卒業年月	令和 年 月

2. 入学した高等学校等

学校名	
学校の所在市町村	県 市町村
学生氏名	
入学年月	令和 年 月 (注)

(注) 入学が卒業年月の翌月でない理由

.....
.....

3. 記載内容に関する同意

- ア. 届け出た1及び2について、当該事業を担当する者（以下、「担当者」）が卒業中学校及び町教育委員会等に事実確認することに同意します。
- イ. 受給資格満了前に、2の高等学校等を転校または退学したときは、速やかにその事実を担当者へ報告することに同意します。

(自署) _____