

Formulário de Solicitação de Auxílio Escolar

Ano Mês Dia

Gostaria de receber o auxílio escolar para o ano fiscal_____, por isso estou solicitando conforme escrito abaixo. Portanto, para obter a certificação, consentimos a realização de uma análise de renda (incluindo subsídios, etc.) dos seguintes membros da família e de uma análise através do registro básico de residentes.

Responsável	Endereço	〒 - Omaezaki-Shi			Nome		
		TEL				(印)	
Crianças e estudantes	(Hiragana) Nome	Parentesco	Data de nascimento	Idade	Nome da escola		
					Gakkou(ano)		
					Gakkou(ano)		
					Gakkou(ano)		
					Gakkou(ano)		
Situação de outros membros da família(incluindo o requerente)	(Hiragana) Nome	Parentesco	Data de nascimento	Idade	Local de trabalho (Nome da escola)	Renda (valor mensal)	
		O próprio (responsável)				円	
						円	
						円	
						円	
						円	
						円	
Moradia		Casa própria	Moradia alugada	Outros ()	Aluguel mensal 円	Aluguel mensal do terreno 円	
Situação de bens		Casa própria	㎡	Terreno (residencial, agrícola, arrozal, outros.)			㎡
Circule no número que corresponder	1 Suspensa ou abolida o auxílio de sobrevivência (Seikatsu hogo). (Ano Mês Dia)						
	2 Isento de imposto residencial						
	3 As contribuições para pensão nacional foram reduzidas ou isentas, ou os impostos do Seguro Nacional de Saúde foram reduzidos ou isentos, ou a cobrança foi adiada.						
	4 Recebe Auxílio à Criação Infantil(Jido Fuyo Teate)						
	5 Recebeu subsídio de empréstimo para reabilitação familiar.						
	6 Família monoparental (viúvo, divorciado, desaparecido). (Por volta do mês ano)						

Renda prevista (por mês)	Salário, etc	¥		Pensão pública (Velhice · Bem-	¥	
	Pensão de sobrevivência	¥		Auxílio Infantil	¥	
	Auxílio à Criação Infantil	¥		Despesas de cuidados	¥	
	Auxílio dos parentes, etc	¥		Outras rendas ()	¥	
Renda total	Por mês		ienes/mês	Por ano		
				ienes/ano		
Salário dos últimos 3 meses	Mês	¥	Mês	¥	Mês	¥
Veículo próprio	Tipo de veículo		Comprova	Novo · Usado	Quando comprou?	Por volta do ano
Situação médica	Nome do familiar doente					
	Nome da doença					
	Nome do hospital caso internado					
	Despesas médicas mensais					
Motivo para querer receber ajuda	(Por favor, seja específico)					
Comitê de bem-estar, opinião do membro do comitê infantil	<p style="text-align: right;">Data Ano Mês Dia</p> <p style="text-align: right;">Comitê de bem-estar Comitê infantil (Assinatura ou nome e carimbo)</p>					
Relatório do diretor da escola	<p style="text-align: right;">Data Ano Mês Dia</p> <p style="text-align: right;">Diretor da escola</p> <p style="text-align: right;">(Assinatura ou nome e carimbo)</p>					

< Precauções ao preencher >

- 1 Certifique-se de preencher a data sem falta.
- 2 Por favor, preencha com o ano letivo novo. (Caso for no meio do ano, o ano letivo atual)
- 3 Sobre o trabalho, etc, preencher até o "local de trabalho". Se trabalha tempo parcial, também escreva o local que trabalha.
- 4 Preencha a situação de renda com precisão, se não tiver renda, preencha renda "0".
- 5 Caso tiver outra renda, especifique entre parênteses.

Caso tiver alguma taxa escolar não pagas, etc., concordo em representar o diretor da escola onde a criança/aluno está matriculado para o recebimento do Auxílio Escolar, e após deduzir o valor não pago receber o Auxílio Escolar.

Informaremos imediatamente a Secretaria da Educação, caso mudar de endereço, nome, ocupação, renda, etc.

Nome do responsável _____