

たじり夢サポート給付金給付申請書

申請年月日 年 月 日

田尻町教育委員会 様

次のとおりたじり夢サポート給付金の給付を申請します。

（※保護者欄については申請者が未成年の場合のみ記入。）

フリガナ 申請者氏名		生 年 月 日 年 月 日
住 所	〒 電話番号（ ） ー	
対 象 者 区 分	1. 田尻町在住者等 2. 泉州地域在住者 3. 町内関係団体所属者	
フリガナ 保 護 者 氏 名※		生 年 月 日 年 月 日
住 所※	☐ 申請者と同じ 〒 電話番号（ ） ー	

たじり夢サポート給付金の給付決定に必要な範囲において、私に関する住民登録情報、納税情報その他受給資格に関する事項について、田尻町が関係機関に調査を行うことに同意します。

また、給付金の給付申請を行うに当たり、私は、次に掲げる事項を誓約し、この誓約に反した場合は、給付金の給付決定を取り消され、給付金が返還となる場合があることを確認しました。

・たじり夢サポート給付金給付規則第 3 条に規定する対象者の要件を全て満たしていること。

(申請者)	年 月 日	氏名
(保護者) ※	年 月 日	氏名

添付書類確認欄

☐ 夢実現計画書
☐ 小論文（1000 字程度）
☐ 田尻町又は泉佐野市、泉南市、阪南市、熊取町及び岬町に継続して 1 年以上居住していることを証明できる戸籍の附票、住民票の写し等
☐ 市町村税の未納がないことを証明できる納税証明書等
☐ その他（ ）