様式第1号（第5条関係）

新入学児童生徒学用品購入支援ポイント付与申請書

町受付印

申請日	年　月　日

立山町長　宛

■申請者（保護者）

フリガナ 氏　名	児童・生徒からみた続柄	生年月日	住　所
		昭和 平成　　年　月　日	〒 立山町 電話番号　（　　）

■申請者（保護者）のたてポ会員番号

※番号の左から6桁のみご記入ください。

■対象児童（令和2年4月2日から令和3年4月1日までの間に生まれた児童）

フリガナ 氏　名	生年月日	住　所
	令和　　年　月　日	〒 立山町 ※住所は、申請者（保護者）と異なる場合のみ記載ください。
	令和　　年　月　日	〒 立山町 ※住所は、申請者（保護者）と異なる場合のみ記載ください。

■対象児童（平成26年4月2日から平成27年4月1日までの間に生まれた児童）

フリガナ 氏　名	生年月日	住　所
	平成　　年　月　日	〒 立山町 ※住所は、申請者（保護者）と異なる場合のみ記載ください。
	平成　　年　月　日	〒 立山町 ※住所は、申請者（保護者）と異なる場合のみ記載ください。

※裏面に続きます。

問い合わせ先
立山町住民課　医療保険係
☎076-462-9956（直通）

【申請書裏面】

■対象生徒（平成23年4月2日から平成24年4月1日までの間に生まれた生徒）

フリガナ 氏　名	生年月日	住 所
	平成　　年　月　日	〒 立山町 ※住所は、申請者（保護者）と異なる場合のみ記載ください。
	平成　　年　月　日	〒 立山町 ※住所は、申請者（保護者）と異なる場合のみ記載ください。

■申請者（保護者）の本人確認書類の写しを貼り付けてください。

顔写真あり（マイナンバーカード、運転免許証　等）の場合１点
顔写真なし（健康保険資格確認書、住民票　等）の場合２点

※氏名・生年月日・住所が記載されていることを確認してください。

ポイント付与先のたてポカード

※カード名義人氏名及び番号が記載されている面の写し

添付書類をそれぞれの所定の場所に貼り付けるか、ホッチキス等で綴ってください。