

新入学児童生徒学用品購入支援ポイント付与申請書

申請日	年 月 日
-----	-------

町受付印

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)のたてボ会員番号			
.....

※番号の左から6桁のみご記入ください。

対象児童(平成31年4月2日から令和2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 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。	
	平成 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25年4月2日から平成26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

☎076-462-9940 (直通)

【申請書裏面】

対象生徒(平成22年4月2日から平成23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。