

ランドセル 応援事業

ひとり親世帯・両親ともおられない世帯の
ランドセル購入費用の一部を助成します。



【対 象】下記の①～②に当てはまる方で、令和9年度
に小学1年生になる児童がいる世帯

① 児童扶養手当 受給世帯

② ひとり親家庭等医療費 受給世帯

(※ 生活保護受給中の世帯は除く)

【助 成 額】

児童1人につき 上限 20,000 円

【申請方法】 下記①～④の書類を宮代社協窓口へ提出

①ランドセル応援事業申請書兼請求書(裏面)

②対象者であることを証明するもの

③児童の生年月日及び扶養していることが分かる書類
(健康保険証等)

④ランドセルの領収書

(保護者またはお子様の名前がフルネームで記載してあるもの)

⑤振込希望の口座情報が分かるもの(通帳等)

【問合せ】

宮代町社会福祉協議会

〒345-0817 宮代町字西原 278

すてっぷ宮代館内(旧ふれ愛センター)

TEL:32-8199/FAX:32-8299



様式第 1 号（第 4 条関係）

宮代町社会福祉協議会就学ランドセル応援事業申請書兼請求書

年 月 日

宮代町社会福祉協議会会長 様

宮代町社会福祉協議会就学ランドセル応援事業実施要綱に基づき、ランドセル購入にかかる助成を受けたいので、下記のとおり申請・請求いたします。

申請者	住所	宮代町		
	(フリガナ)			
	保護者氏名			
	連絡先			
児 童	(フリガナ)			
	氏名			
	生年月日	年	月	日
購入年月日 及び購入金額	年 月 日 円			
助成申請金額	円（上限 20,000 円）			
添付資料	☐ 児童扶養手当証明書（写） ☐ ひとり親家庭等医療費受給者証（写） ☐ 児童の生年月日及び扶養していることがわかる書類（健康保険証など） ☐ ランドセルを購入した時の領収書（写）等 *領収書には保護者又はお子様の名前をフルネームで記載されたもの ☐ 振込先の口座が記入されている通帳（写）			

【振込先口座】

金融機関名	銀行・信組 信金・農協 その他	支店名	支店
種 別	普通・当座	口座番号	
(フリガナ) 口座名義			