

年 月 日

副食費の施設による徴収に係る補足給付費交付申請書

（宛先） 上三川町長

<p><b>【申請にあたって同意していただく事項】</b></p> <p>1 決定にあたって必要な範囲内で、申請者(同居親族含む)の税務情報等の公簿、通園先が有する学齢簿、徴収金台帳等を上三川町が閲覧及び調査すること。</p> <p>2 申請内容や同意して得た情報を補助金受給資格審査、補助金額の算定、その他の附帯業務のために上三川町が利用すること。</p> <p>3 要綱に規定する内容を遵守すること。</p> <p>以上のことに同意し、上三川町副食費の施設による徴収に係る補足給付事業実施要綱第5条に基づき、以下のとおり申請します。</p>			
--	--	--	--

申請者	フリガナ			申請 子ども との 続柄	現住所	〒 -	
	氏名				現住所が町外の場合 町内転入後の住所	〒 -	
	連絡先（電話番号）		自宅	- -		携帯	- -
申請 子ども	フリガナ			現住所 申請者と異なる 場合のみ記載	〒 -		利用（予定）幼稚園名
	氏名						
	生年月日	年	月		日		
申請日の 前年1月1日現在の住所 ※		(母親)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ		(父親)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ	

※現住所と異なる場合は、記入した住所地の市町村で発行される前年1月1日を賦課年度とする市区町村民税所得割額がわかる証明書（課税証明書など）を添付してください。

同居者を全員記入してください。

申請 子ども の 保 護 者 及 び 同 居 者	フリガナ	氏名	申請 子ども との 続柄	生年月日	就労・通学・通園先 又は単身赴任先
	1				年 月 日
2				年 月 日	
3				年 月 日	
4				年 月 日	
5				年 月 日	
6				年 月 日	
7				年 月 日	

交付申請額		金 円 ( 年 月分～ 年 月分)							
対象月	実費徴収額			補助申請額	対象月	実費徴収額			交付申請額 左記cの合計
	給食費 a	うち副食材料費 b	bと4,500円のうち 少ない額 c	給食費 a		うち副食材料費 b	bと4,500円のうち 少ない額 c		
4月	円	円	円	10月	円	円	円	円	
5月	円	円	円	11月	円	円	円		
6月	円	円	円	12月	円	円	円		
7月	円	円	円	1月	円	円	円		
8月	円	円	円	2月	円	円	円		
9月	円	円	円	3月	円	円	円		

※対象となる子どもが複数いる場合は、子どもごとに作成してください。  
 ※実費徴収額（副食材料費がわかるもの）に係る領収書の写しを添付してください。

補助金の振込先を、以下に記載してください。

金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協	本店・支店 出張所
預金種別	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 当座
口座番号		
口座人名義（カタカナ）		