

副食費の施設による徴収に係る補足給付費交付申請書 (法定代理受領用)

(宛先) 上三川町長

【申請にあたって同意していただく事項】
 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。
 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。
 3 当該給付金の受領に関する権限を私が利用する幼稚園の運営団体（法人等）に委任すること。
 4 申請書等に記載した内容や給付決定に関する情報を、給付費の減免を行う際に必要な範囲で幼稚園に提供すること。
 5 要綱に規定する内容を遵守すること。
 以上のごことに同意し、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。

| | | | | | | |
|--------------------------|-----------|---------------------------------|--------------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 認定 保護者 | フリガナ | | 認定 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 | - |
| 認定 子ども | フリガナ | | 現住所 保護者と異なる 場合のみ記載 | 〒 | - | |
| | 氏名 | | | 個人番号（マイナンバー） | | |
| | 生年月日 | 年 月 日 | | 利用（予定）幼稚園名 | | |
| 申請日の 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 | |
| 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1月1日を賦課年度とする市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。

※保護者及び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 | 認定 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 |
|--|------|-----------------------|------|-------|----------------------|
| | 氏名 | | 個人番号 | 年 月 日 | |
| 1 | | | 個人番号 | 年 月 日 | |
| 2 | | | 個人番号 | 年 月 日 | |
| 3 | | | 個人番号 | 年 月 日 | |
| 4 | | | 個人番号 | 年 月 日 | |
| 5 | | | 個人番号 | 年 月 日 | |
| 6 | | | 個人番号 | 年 月 日 | |

※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。