

施設による副食費の徴収に係る補足給付費交付申請書兼請求書

(あて先) 三芳町長

【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、徴収金台帳等を三芳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三芳町が利用すること。
 以上のことに同意し、副食費の施設による徴収に係る補足給付費について、以下のとおり申請します。

申請者 (請求者)	フリガナ 氏名		印	申請 子ども との 続柄	〒	-	
	※ 振込先は申請者名義の口座です。				現住所		
	連絡先(電話番号)	自宅					携帯
申請 子ども ※1	フリガナ 氏名		現住所 申請者と異なる 場合のみ記載		〒	-	幼稚園名
	生年月日						
申請日の 前年度1月1日現在の住所 ※2		(母親)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ		(父親)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ	

※1 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。

同居者を全員記入してください。

		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			
2				年 月 日	
3				年 月 日	
4				年 月 日	
5				年 月 日	
6				年 月 日	

交付申請額 (請求金額)	金 _____ 円 (_____ 年 月分 ~ _____ 年 月分)
-------------------------	--------------------------------------

※領収書(副食材料費がわかるもの)、又は実費徴収額証明書を添付してください。

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	1. 普通	2. 当座
口座番号		
口座人名義(カタカナ)		

※請求者名義の口座に限ります。