

副食費の施設による徴収に係る補足給付費交付申請書 兼 請求書(償還払い用)
【令和3年9月～令和4年3月分請求用】

岩倉市長

【申請にあたって同意していただく事項】

1. 認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、徴収金台帳等を岩倉市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岩倉市が利用すること。
3. 要綱に規定する内容を遵守すること。

以上のことに同意し、以下のとおり申請します。

申請者	フリガナ		申請 子ども との 続柄	〒	—	
	氏名		現住所			
連絡先(電話番号)		自宅	()	携帯	() 母・父	
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	〒	—	
	氏名			個人番号(マイナンバー)		
	生年月日	年 月 日		利用幼稚園名		
令和3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				

※ 岩倉市外に住民票があった場合は、その住所地の市町村で発行される令和3年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。父、母それぞれ必要です。岩倉市内での転居の場合は、証明書の添付は不要です。

同居者を全員記入して下さい。保護者については、単身赴任で岩倉市に住民票が無い場合でも記入して下さい。

申請 子ども の保 護者 及 び 同 居 者	フリガナ	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
	氏名			
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	
7			個人番号	
			年 月 日	

交付申請額		金 円(令和3年9月分～令和4年3月分)						
対象月	実費徴収額			対象月	実費徴収額			交付申請額 左記cの合計
	給食費	うち副食材料費	補助申請額		給食費	うち副食材料費	補助申請額	
	a	b	bと4,500円のうち 少ない額 c		a	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(副食費がわかるもの)に係る領収証の写しを添付してください。

補助金の振込先を、以下に記載して下さい。

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)							

※申請者の名義の口座にしてください。 ※振込先の口座番号等が確認できる資料(通帳の写し等)を添付してください。

市記入欄(記入しないでください)

<input type="checkbox"/> 請求額等の計算誤りのため朱書き訂正 <input type="checkbox"/> 住民基本台帳や認定状況を確認のうえ朱書き訂正 <input type="checkbox"/> 添付書類を確認のうえ朱書き訂正 <input type="checkbox"/> 利用施設に確認のうえ朱書き訂正 <input type="checkbox"/> 申請者に確認のうえ朱書き訂正 <input type="checkbox"/> その他() 訂正者:	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="753 1823 1149 1899" style="text-align: center;"> 給付決定額 </td> <td data-bbox="1149 1823 1332 1899" style="text-align: center;"> 円 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="753 1899 1149 2074"> <input type="checkbox"/> 訂正印のない訂正箇所は申請者本人によるものであることを確認 <input type="checkbox"/> 通帳の写し等は兄弟に添付 <input type="checkbox"/> その他() 確認者: </td> <td data-bbox="1149 1899 1332 2074"></td> </tr> </table>	給付決定額	円	<input type="checkbox"/> 訂正印のない訂正箇所は申請者本人によるものであることを確認 <input type="checkbox"/> 通帳の写し等は兄弟に添付 <input type="checkbox"/> その他() 確認者:	
給付決定額	円				
<input type="checkbox"/> 訂正印のない訂正箇所は申請者本人によるものであることを確認 <input type="checkbox"/> 通帳の写し等は兄弟に添付 <input type="checkbox"/> その他() 確認者:					