

神川町保育施設等給食費無償化事業助成金交付 申請書 兼 請求書（償還払い用）

神川町長 様

私は、下記対象子どもが幼児教育・保育にかかる施設等の利用の際に発生する給食費について、神川町保育施設等給食費無償化助成金交付要綱第6条第1項に基づき、給食費無償化の申請（請求）を行います。

また、同条第2項の規定により、対象子どもが利用する下記施設が、当該年度中私が支払った給食費等の証明書を神川町に提供することに同意します。

なお、神川町保育施設等給食費無償化事業の審査にあたり、次の事項に同意します。

1. 申請者と対象子どもが、神川町内に居住していることを神川町が住民基本台帳で確認すること。
2. 実際に利用していることを神川町が対象施設に確認すること。
3. 国制度における副食費徴収免除対象等の確認のため、神川町が世帯の所得課税情報を閲覧すること。

1. 保護者（請求者）

フリガナ		対象子どもとの続柄	
氏名	㊦	生年月日	年 月 日
		電話番号	- -
住所	〒 神川町		
4月1日以降に転入により町民となった場合は転入日を記入			年 月 日

2. 対象子ども（複数いる場合は、対象子どもごとに申請してください）

フリガナ		認定番号*	
氏名		認定区分*	号認定
		生年月日	年 月 日
国制度における副食費徴収免除対象の有無		クラス年齢	歳児クラス

*認定番号・認定区分については、子どものための教育・保育給付認定又は子育てのための施設等利用給付認定について記入してください。

3. 利用する施設（保育所・認定こども園・幼稚園等）

フリガナ		所在地	〒
施設名		※町外施設の場合のみ記入	
施設種別	保育所（園） 認定こども園 幼稚園 企業主導型施設 認可外保育施設 その他（ ）	電話番号	- -
		利用形態※入所していない場合記入	一時預かり・病児保育 子育て援助活動支援事業

4. 償還払い希望口座

金融機関名	支店名	分類	口座番号							(フリガナ)
			(右詰めでお書き下さい)							口座名義
	本・支店 出張所	1 普通 2 当座								

※この申請書兼請求書の有効期間は、当該年度の年度末までとします。ただし、対象子どもが要件を満たさなくなった場合は、無効とします。※償還払い希望口座は、保護者（請求者）の名義の者に限ります。※他市町への転出等により助成要件に該当しなくなった場合は、同一施設を継続して利用する場合も転出月以降の給食費は、保護者様自身で施設へお支払いいただきます。

記入例

神川町保育施設等給食費無償化事業助成金交付 申請書 兼 請求書 (償還払い用)

神川町長 様

私は、下記対象子どもが幼児教育・保育にかかる施設等の利用の際に発生する給食費について、神川町保育施設等給食費無償化助成金交付要綱第6条第1項に基づき、給食費無償化の申請(請求)を行います。

また、同条第2項の規定により、対象子どもが利用する下記施設が、当該年度中私が支払った給食費等の証明書を神川町に提供することに同意します。

なお、神川町保育施設等給食費無償化事業の審査にあたり、次の事項に同意します。

- 4. 申請者と対象子どもが、神川町内に居住していることを神川町が住民基本台帳で確認すること。
- 5. 実際に利用していることを神川町が対象施設で確認すること。
- 6. 国制度における副食費徴収免除対象等の確認のため、神川町が世帯の所得調書提出を依頼する。

5. 保護者(請求者)

年度途中で転入した場合、記入

フリガナ	カミカワ タロウ	対象子どもとの続柄	父
氏名	神川 太郎	生年月日	S■年 ■月 ■日
		電話番号	090-1234-5678
住所	〒367-0292 神川町 植竹909		
4月1日以降に転入により町民となった場合は転入日を記入		年 月 日	

6. 対象子ども(複数いる場合は、対象子どもごとに申請してください)

フリガナ	カミカワ ハナコ	認定番号*	1234
氏名	神川 花子	認定区分*	2号認定
		生年月日	R■年■月■日
国制度における副食費徴収免除対象の有無	有	クラス年齢	3歳児クラス

*認定番号・認定区分については、子どものための教育・保育給付認定又は子育てのための施設等利用給付認定について記入してください。

7. 利用する施設(保育所・認定こども園・幼稚園等)

不明の場合、未記入で可(町で確認します)

フリガナ	〇〇ホイクエン	所在地	〒■■■■-■■■■
施設名	〇〇保育園	※町外施設の場合のみ記入	□□県〇〇市...
施設種別	保育所(園)	認定こども園	電話番号
	幼稚園	企業主導型施設	●●●-〇〇〇-●●●
	認可外保育施設	その他()	利用形態※入所していない場合記入
			一時預かり・病児保育 子育て援助活動支援事業

8. 償還払い希望口座

金融機関名	支店名	分類	口座番号							(フリガナ)
			(右詰めでお書き下さい)							口座名義
〇〇銀行	〇〇 本支店 出張所	1 普通 2 当座	1	2	3	4	5	6	7	カミカワ タロウ
										神川 太郎

※この申請書兼請求書の有効期間は、当該年度の年度末までとします。ただし、対象子どもが要件を満たさなくなった場合は、無効とします。※償還払い希望口座は、保護者(請求者)の名義の者に限ります。※他市町への転出等により助成要件に該当しなくなった場合、転出月以降の給食費は、保護者様自身で施設へお支払いいただきます。

請求者と同じ名義人