

藤沢市幼稚園副食費実費徴収補足給付費交付申請書

_____年 ____月 ____日

藤 沢 市 長

住 所 _____

申請者 保 護 者 氏 名 _____

(児 童 と の 続 柄) _____

(児 童 氏 名) _____

連絡先電話番号 _____

藤沢市幼稚園副食費実費徴収補足給付費の交付を受けたく、藤沢市幼稚園副食費実費徴収補足給付費交付要綱第7条第1項の規定に基づき、次のとおり申請します。

1 対象事業名	令和 ____年度 藤沢市幼稚園副食費実費徴収補足給付費				
2 利用施設	施設の名称	_____			
	所在地	_____			
3 事業着手日 及び完了日	_____年 ____月 ____日 ~		_____年 ____月 ____日		
4 事業計画及び 給付対象事業費	給付対象月	利用施設の 給食実施日数	給食費として 支払った金額	うち副食費相当額 として支払った金額	
	月分	日	円	円	
	月分	日	円	円	
	月分	日	円	円	
	月分	日	円	円	
	月分	日	円	円	
	月分	日	円	円	
	合 計（給付対象事業費）			円	
5 添付書類	<input type="checkbox"/> 給食費の領収証等（給食費の支払いを証する書類） <input type="checkbox"/>				
6 指定口座	金融機関名	_____		本・支店名	_____
		金融機関コード	____	店番号	____
	預金種目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他		口座番号	____
	口座名義 (カカナ)	_____			