

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 | 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 | ※申請者と口座名義が異なる場合は、口座名義人に実費徴収補足給付費の受領を委任します。 | | | |
| | 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 (カタカナ) | | | |