

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

(あて先)印西市長

【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、申請子どもの保護者及び同居者についての税務情報等の公簿、通園先が有する学齢簿、徴収金台帳等を印西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受給資格審査、給付額の算定、その他の附帯業務のために印西市が利用すること。

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、印西市副食費の施設による徴収に係る補足給付実施要綱第5条に基づき、以下のとおり申請します。

申請者 (保護者)	フリガナ		申請 子ども との 続柄		現住所	〒		—				
	氏名											
	生年 月日	年				月	日					
	連絡先(電話番号)					自宅	()	携帯	()			
申請 子ども	フリガナ		認定番号			個人番号(マイナンバー)						
	氏名											
	生年 月日	年		月	日	現住所 申請者と異なる 場合のみ記載	〒		—		利用幼稚園名	
申請日の 前年1月1日現在の住所 ※		(母親)	☐ 現住所と同じ		(父親)	☐ 現住所と同じ						
申請日の 前々年1月1日現在の住所 ※		(母親)	☐ 現住所と同じ		(父親)	☐ 現住所と同じ						

※ 現住所と異なる場合は、記入した住所地の市町村で発行される前年(前々年)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。個人番号を記入し、個人番号及び本人であることが確認できる書類を添付することで省略できる場合があります。

同居者を全員記入してください。

申請 子ども の 保 護 者 及 び 同 居 者 ○(生計の中心者の番号に を付けてください)	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	
				年 月 日	

申請額(請求額)		金 円 (年 月 分 ~ 年 月 分)						
対象月	実費徴収額		交付申請額 bと5,100円のうち 少ない額 c	対象月	実費徴収額		交付申請額 bと5,100円のうち 少ない額 c	申請額 (左記cの合計)
	給食費 a	うち副食材料費 b			給食費 a	うち副食材料費 b		
4月				10月				
5月				11月				
6月				12月				
7月				1月				
8月				2月				
9月				3月				

※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(副食材料費がわかるもの)に係る領収証の写しを添付してください。

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 農協・信用組合		本店・支店 出張所
口座種別	1. 普通	2. 当座	
口座番号			
口座名義人(カタカナ)			