

副食費補助金交付申請書兼請求書（償還払い用）

（宛先） 松川町長

私は、松川町教育・保育施設等における副食費補助金交付要綱に基づき、下記の通り請求しますので、指定する償還払いの振込先口座に振り込んで下さい。

なお、副食費補助金の審査にあたり、次の事項に同意します。

- 1. 申請者と認定子どもが、松川町内に居住していることを松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松川町が対象施設に確認すること。
- 3. 副食費の支払い状況を松川町が対象施設に確認すること。
- 4. 課税状況を松川町が確認すること。

申請 保護者	フリガナ		申請 子ども との 続柄		現住所	〒 ー	
	氏名					松川町	
	連絡先（電話番号）	自宅			携帯		
申請 子ども	フリガナ					利用施設名	※補助上限額
	氏名						4,800円
	生年月日	年	月	日			

交付申請額 (d)		金 円（令和 年 月分～令和 年 月分）						
対象月	施設に支払った月額副食費	上限額*1	交付申請額 a又はbのいずれか 低い額	対象月	施設に支払った月額副食費	上限額*1	交付申請額 a又はbのいずれか 低い額	合計 (左記cの合計)
	a	b	c		a	b	c	d
4月	円	4,800円	円	10月	円	4,800円	円	円
5月	円	4,800円	円	11月	円	4,800円	円	
6月	円	4,800円	円	12月	円	4,800円	円	
7月	円	4,800円	円	1月	円	4,800円	円	
8月	円	4,800円	円	2月	円	4,800円	円	
9月	円	4,800円	円	3月	円	4,800円	円	

*1 上限額は、公定価格で定める「副食費徴収免除加算額」とする。

※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下さい。

※副食費を支払ったことが分かる領収書等の写しを添付して下さい。

振込先口座（申請保護者名義の口座を記入）

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		
フリガナ		
口座人名義		