

長岡京市私立幼稚園の副食費に係る補足給付補助金交付申請書

長岡京市長 様

申請日

年

月

日

【同意事項】	
1. 決定にあたって必要な範囲内で、申請者の税務情報等の公簿、通園先が有する学齢簿、徴収金台帳等を長岡京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補助金受給資格審査、補助金額の算定、その他の附帯業務のために長岡京市が利用すること。 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、長岡京市私立幼稚園の副食費に係る補足給付補助金交付要綱第6条に基づき、以下のとおり申請します。	

申請者	フリガナ		住所	長岡京市							
	氏名										
	電話番号										
	金融機関 ※申請者名義の口座を記入してください。		<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/> 農協	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所	種別	口座番号					
			申請者の口座名義人を以下に記載して下さい。（姓名の間は1マス空けてください。濁点、半濁点を含めて1マスに記入して下さい。）								
		口座人名義（カタカナ）									
※上記振込先の記載内容に不備がある場合で、市が確認等に努めたにもかかわらず申請書の補正が行われない場合は、児童手当振込先口座に入金することで異議ありません。（公務員は除く。）											
申請児童	フリガナ		生年月日	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和	幼稚園名					
	氏名			年 月 日							幼稚園

交付申請対象月

対象月	実費徴収額				月額上限額(b)		交付申請額(c) (a)と(b)を比較して 低額な方	
	給食費	うち、副食費相当額(a)						
月		円		円		円		円
月		円		円		円		円
月		円		円		円		円
月		円		円		円		円
月		円		円		円		円
月		円		円		円		円
月		円		円		円		円
交付申請額(c)の合計								円

※実費徴収額（副食費相当額がわかるもの）に係る領収証原本を添付してください。