様式第２号（第６条関係）

申請日　　年　　月　　日

松原市子ども・子育て支援施設における副食費に係る補足給付費給付申請書（償還払用）

松原市長殿

【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、徴収金台帳等を松原市が閲覧及び調査すること。

２．申請又は上記１．により得た情報を給付要件審査、給付金額の算定、その他の附帯業務のために松原市が利用すること。

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、松原市子ども・子育て支援施設における副食費に係る補足給付事業実施要綱第６条に基づき、以下のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 申請子どもとの続柄 |  | 現住所 | 〒　　　 |
| 氏名 | 印※自署の場合は印は不要です。 |
| 現住所が市外の場合市内転入後の住所 | 〒 |
| 連絡先（電話番号） | 自宅 | （　　　） | 携帯 | （　　　） |
| 申請子ども | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 現住所申請者と異なる場合のみ記載 | 〒 | 利用（予定）幼稚園名 |
| 氏名 |  |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 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。

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○をつけてください。） |  | 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 |  |  | 年　　　月　　　日 |  |
|  |  |
| ２ |  |  | 年　　　月　　　日 |  |
|  |  |
| ３ |  |  | 年　　　月　　　日 |  |
|  |  |
| ４ |  |  | 年　　　月　　　日 |  |
|  |  |
| ５ |  |  | 年　　　月　　　日 |  |
|  |  |
| ６ |  |  | 年　　　月　　　日 |  |
|  |  |
| ７ |  |  | 年　　　月　　　日 |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 給付申請額 | 金　　　　　　円（　　年　　月分～　　年　　月分） |

※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。