

副食費に係る補足給付費交付申請書(法定代理受領用)

(宛先) 平川市長 殿

私(請求者)は、特定子ども・子育て支援提供者として、平川市に居住している施設等利用給付認定保護者に代わり、副食費を下記の通り申請します。
 なお、副食費の審査及び支払いにあたり、次の事項に同意します。

1. 実際の提供状況等について平川市が施設等利用給付認定保護者に確認すること。
2. 副食費の請求・支払い状況を平川市が施設等利用給付認定保護者に確認すること。
3. 平川市の要請・質問等に対応すること。

1. 特定子ども・子育て支援提供者(請求者)

フリガナ		請求者の所属団体	
特定子ども・子育て支援提供者氏名(請求者)		請求者の役職名等	

2. 特定子ども・子育て支援施設・事業所

フリガナ		所在地	〒
施設の名称			電話:
フリガナ		所在地	〒
施設の運営団体名			電話:

3. 申請額

交付申請		金 円(年 月分 ~ 年 月)						
対象月	実費額		補助申請額	対象月	実費額		補助申請額	補助申請額 左記cの合計
	給食費 a	うち副食材料費 b	bと4,500円の 少ない額 c		給食費 a	うち副食材料費 b	bと4,500円の 少ない額 c	
4月	円	円	円	10月	円	円	円	円
5月	円	円	円	11月	円	円	円	
6月	円	円	円	12月	円	円	円	
7月	円	円	円	1月	円	円	円	
8月	円	円	円	2月	円	円	円	
9月	円	円	円	3月	円	円	円	

4. 施設等利用給付認定子ども

	フリガナ氏名	生年月日	フリガナ保護者氏名	住所
1	年 月 日	
2	年 月 日	
3	年 月 日	

5. 振込先

金融機関名		預金種目	□ 普通 □ 当座	
銀行・信用金庫	支店	口座番号		
農協・信用組合	出張所	口座名義(カタカナ)		