第１号様式の２（第７条）

**保育所等給食費助成事業　申請書（償還払い用）**

　申請日：　　年　月　日

横芝光町長　様

私は、以下対象子どもが幼児教育・保育に係る施設等の利用の際に発生する給食費について、横芝光町

保育所等給食費の助成に関する規則第７条第１項の規定により、給食費の助成の申請を行います。

　　なお、横芝光町保育所等給食費助成事業の審査に当たり、次の事項に同意します。

　　１．申請者と対象子どもが、横芝光町内に居住していることを横芝光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横芝光町が利用施設に確認すること。

３．国制度における副食費徴収免除対象等の確認のため、横芝光町が世帯の所得課税情報を閲覧すること。

１．保護者（申請者）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 対象子どもとの続柄 |  |
| 氏　　名 |  |  | 生年月日 |  |
| 電話番号 |  |
| 住　　所 | 〒　　　　　　　　 | 横芝光町 |
| 年４月１日以降に転入により町民となった場合は転入日を記入 | 　　　　年　　月　　日 |

２．対象子ども(複数いる場合は、対象子どもごとに申請してください。)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏　　名 |  |
| クラス年齢 | 歳児 |
| 国制度における副食費徴収免除対象の有無 | 有　・　無 |

３．利用する施設（保育所・認定こども園・幼稚園等）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施 設 名 |  | 所 在 地※町外施設の場合のみ記入 | 〒 |
|  |
| 電話番号 |  |
| 給 食 費 | 月額 | 　　　　　　　　　　　　円 |
| 対象期間 | 　　　　年　　月　　日　　～　　　　　年　　月　　日 |

※この申請書 兼 同意書の有効期間は、当該年度の年度末までとします。ただし、対象子どもが要件を満

　たさなくなった場合は、無効とします。

※他市区町村への転出等により助成要件に該当しなくなった場合は、同一施設を継続して利用する場合も

転出日以降の給食費は、保護者様自身で施設へお支払いいただきます。