

請求日 令和 年 月 日

高根沢町副食費の施設による徴収に係る補足給付費交付請求書(償還払い用)

(宛先) 高根沢町長

請求者	フリガナ			子ども との続柄	〒	-	
	氏名	印		現住所			
※ 自署の場合は印は不要です。							
連絡先(電話番号)		自宅	()		携帯	()	
子ども	フリガナ			現住所 請求者と異なる 場合のみ記載	〒	-	
	氏名						
	生年月日	年 月 日		利用幼稚園名			

交付請求額		金 _____ 円(年 月分~ 年 月分)						
対象月	実費徴収額			対象月	実費徴収額			交付請求額 左記cの合計
	給食費	うち副食材料費	bと4,500円 のうち 少ない額 c		給食費	うち副食材料費	bと4,500円 のうち 少ない額 c	
	a	b	c		a	b	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	

※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。

給付金の振込先を、以下に記載して下さい。

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		
口座人名義(カタカナ)		