

三郷町副食費補足給付事業認定申請書

三郷町長 森 宏範 様

【申請にあたって同意していただく事項】

1. 決定及び資格状況の確認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、徴収金台帳等を三郷町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給付費受給資格審査、給付費用の算定、その他の附帯業務のために三郷町が利用すること。
 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、三郷町副食費補足給付事業実施要綱第5条に基づき、以下のとおり申請します。

申請者	フリガナ			対象子ども との 続柄	現住所	〒	-		
	氏名				現住所が町外の場合 町内転入後の住所	〒	-		
	連絡先(電話番号)		自宅	()	携帯	()			
対象 子ども	フリガナ			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							幼稚園	
	生年月日	年 月 日							
申請日の 前年1月1日現在の住所 ※		(保護者)			(保護者)				
		<input type="checkbox"/> 現住所と同じ		<input type="checkbox"/> 現住所と同じ					
申請日の 前々年1月1日現在の住所 ※		(保護者)			(保護者)				
		<input type="checkbox"/> 現住所と同じ		<input type="checkbox"/> 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分かる証明書(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下さい。

対象 子ども (生計の中心者の番号に ○を付けて下さい)		フリガナ 氏名	対象子どもとの 続柄	生年月日	就労・通学・通園先 又は単身赴任先
	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	