

【対象者】以下のいずれかに該当する方
①世帯年収360万円未満相当（市民税所得割課税額77,101円未満）
②第3子以降（小学校3年生以下の兄・姉から判定）

第1号様式（第5関係）

申請日 年 月 日

特定子ども・子育て支援施設等における副食費助成申請書

調布市長 宛

【申請に当たって同意していただきたい事項】
 1 決定に当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、徴収金台帳等を調布市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助成金受給資格審査、助成金額の算定その他の附帯業務のために調布市が利用すること。
 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、調布市特定子ども・子育て支援施設等における副食費助成要綱第5に基づき、以下のとおり申請します。

申請者	フリガナ		印	対象児童との続柄	〒	-
	氏名				現住所	
	<small>※ 自署の場合は印は不要です。</small>					
	連絡先（電話番号）	自宅	（ ）		携帯	（ ）
対象児童	フリガナ			〒	-	
	氏名			現住所 申請者と異なる 場合のみ記載	個人番号（マイナンバー）	
	生年月日	年	月	日	利用（予定）幼稚園名	

同居者を全員記入してください。

		フリガナ 氏名	対象児童との続柄	生年月日	就労・通学・通園先 又は単身赴任先
		1			
				年 月 日	
2				個人番号	
				年 月 日	
3				個人番号	
				年 月 日	
4				個人番号	
				年 月 日	
5				個人番号	
				年 月 日	
6				個人番号	
				年 月 日	
7				個人番号	
				年 月 日	

振込先口座

記入不要

※別途、調布市の補助金申請書（色紙）に御記入いただいた口座に振り込みます。

委任者（申請者）氏名

印

円