

年 月 日

砂川市長 様

住所
施設名
代表者
連絡先（電話番号）
担当者氏名

砂川市幼稚園等副食費助成金請求書

年 月 日付け 第 号で交付決定通知のありました砂川市幼稚園等副食費助成金について、砂川市幼稚園等副食費助成事業実施要綱第8条の規定により砂川市幼稚園等副食費助成金交付対象子ども一覧を添えて下記のとおり請求します。

記

1 請求月 年 月 分

2 請求金額 円

3 口座振込先

金融機関名	預金種別	普通 ・ 当座 ・ その他
	支店	口座番号
口座名義人（フリガナ）		

4 添付書類

- (1) 砂川市幼稚園等副食費助成金交付対象子ども一覧（別記第7号様式）
- (2) 副食費の設定料金がわかる書類