

砂川市長 様

1. 申請書等に記載した内容は、交付決定に係る情報として必要と認められる場合に、施設・事業者を提供することがあり
2. 申請内容や同意を得た情報を交付資格審査、助成金額の算定、その他附帯業務のために砂川市が利用します。
3. 砂川市幼稚園等副食費助成事業実施要綱に規定する内容を遵守してください。

保護者	氏名（フリガナ）		現住所		
			〒 ー		
申請 子ども	氏名（フリガナ）		現住所（保護者と異なる場合のみ記入）		
			〒 ー		
生年月日				性別	男 ・ 女
連絡先	自宅等	携帯(父)		携帯(母)	

施設名（フリガナ）	住 所	利用開始日
	〒 - TEL : - -	年 月 日

[illegible]

○幼稚園等副食費助成金請求金額の内訳

助成金交付申請額		金 円 (年 月分 ~ 年 月分)			
対象月	副食費実費徴収額 (1日当たり) (a)	提供日数 (b) (市内の幼稚園における副食提供日数を上限とする)	対象額 (a×b=c)	月額上限額 (d)	請求額 (cとdの金額を比較して低い方)
4月	円	日	円	円	円
5月	円	日	円	円	円
6月	円	日	円	円	円
7月	円	日	円	円	円
8月	円	日	円	円	円
9月	円	日	円	円	円
10月	円	日	円	円	円
11月	円	日	円	円	円
12月	円	日	円	円	円
1月	円	日	円	円	円
2月	円	日	円	円	円
3月	円	日	円	円	円
合計					円

- ※1 副食費は副食提供に要した費用であり、主食費は除いてください。
- ※2 月額上限額（d）は、申請時に利用施設を通じて保護者の方へお知らせします。
特定教育・保育施設（子ども・子育て支援法第27条第1項に規定する施設。ただし、市立保育所及び市内に住所を有する児童が広域で入所する市外の保育所等を除く。）を利用する子どもは、1人当たり245円に市内の幼稚園における1か月の副食提供日数を乗じて得た額を月額上限額とします。ただし、当該幼稚園においてやむを得ず副食が提供される日が8日を超えない月にあつては、1人当たり245円に8日乗じて得た額とします。
認可外保育施設（児童福祉法第59条の2の規定に基づき、都道府県知事に届出をしている施設）を利用する子どもは、1人当たり4,900円を月額上限額とします。
- ※3 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。
- ※4 砂川市幼稚園等副食費実費徴収額収証書を添付してください。

○助成金の振込先を記入

金融機関名		預金種目	□ 普通 □ 当座					
銀行・信用金庫	支店	口座番号						
農協・信用組合	出張所	口座名義(カタカナ)						

- ※5 請求者と口座名義が異なる振込先を指定する場合は、本市指定の委任状を提出してください。