

築上町第3子以降児童に係る副食費無料化申請書

令和 年 月 日

築上町長 様

次のとおり第3子以降児童に係る副食費の免除を受けたいので、申請します。

なお、申請内容の確認及び無料化決定のため、世帯の住民登録状況等、必要となる関係資料について、調査、照会又は閲覧することに同意します。

築上町第3子以降児童に係る副食費無料化事業実施要綱第5条の規定に基づく、無料化の決定を受けた場合、補足給付金を利用施設が法定代理受領することに同意します。

(申請者) 保護者	住所	築上町大字					
		電話 ※優先的に使う連絡先に <input checked="" type="checkbox"/> してください。 <input type="checkbox"/> 自宅 - - <input type="checkbox"/> 父 - - <input type="checkbox"/> 母 - -					
	氏名	印	児童との続柄		生年月日	年 月 日	
対象児童	ふりがな氏名	生年月日	年齢	性別	保護者との続柄	利用中の施設名	※町記入欄
		年 月 日		男・女		幼稚園	<input type="checkbox"/>
		年 月 日		男・女		幼稚園	<input type="checkbox"/>
		年 月 日		男・女		幼稚園	<input type="checkbox"/>
兄弟姉妹	ふりがな児童氏名	生年月日	学校(施設)名等		世帯状況 (※別世帯の場合はその理由を記載)		
		年 月 日 (歳)			<input type="checkbox"/> 同一世帯 <input type="checkbox"/> 別世帯() ※町記入欄 <input type="checkbox"/>		
		年 月 日 (歳)			<input type="checkbox"/> 同一世帯 <input type="checkbox"/> 別世帯() ※町記入欄 <input type="checkbox"/>		
		年 月 日 (歳)			<input type="checkbox"/> 同一世帯 <input type="checkbox"/> 別世帯() ※町記入欄 <input type="checkbox"/>		
		年 月 日 (歳)			<input type="checkbox"/> 同一世帯 <input type="checkbox"/> 別世帯() ※町記入欄 <input type="checkbox"/>		

<注意事項>

- 1 世帯児童全員の健康保険証の写しを添付してください。(※扶養の有無を確認させていただきます。)
- 2 15歳以上22歳未満の兄弟姉妹については学生証等の写しを添付してください。
- 3 転出、婚姻等により要件に満たなくなった場合は、速やかに変更申請書の提出をお願いします。
その事由が発生した日の翌月から免除適用を除外します。届出が遅れますと、副食費も遡及して生じることになりますので、ご注意ください。
- 4 当該申請書の提出は、毎年度必要となります。