別記第３号様式（第６条関係）

砂川市幼稚園等副食費助成金交付申請書（代理受領用）

年　　月　　日

砂川市長　様

【申請に当たっての同意事項】
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・事業者に提供することがあります。
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．当該交付金の受領に関する権限を私が利用する施設の設置者又は事業を行う者に委任します。
4．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。

以上のことに同意し、砂川市幼稚園等副食費助成事業実施要綱第６条の規定により以下のとおり申請します。

	氏名（フリガナ）	現住所
保護者		〒　　－
	氏名（フリガナ）	現住所（保護者と異なる場合のみ記入）
申請子ども		〒　　－

生年月日			性別	男　・　女	
連絡先	自宅等		携帯(父)		携帯(母)

申請日の前年1月1日現在の住所	（父）	□現住所と同じ	（母）	□現住所と同じ
申請日の前々年1月1日現在の住所	（父）	□現住所と同じ	（母）	□現住所と同じ

○利用施設名

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

○世帯の状況　※子どもに係る児童は除く

	氏名（フリガナ）	申請子どもとの続柄	生年月日	勤務先・学校名等
児童の世帯員			年　　月　　日	
			年　　月　　日	
			年　　月　　日	
			年　　月　　日	
			年　　月　　日	
			年　　月　　日	