

白河市多子世帯給食費負担軽減助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

白河市教育委員会教育長 様

申請者(保護者)	住 所
	氏 名 ㊞
	電話番号

白河市多子世帯給食費負担軽減助成金要綱に基づき、助成金の交付を受けたいので下記のとおり申請します。助成金交付決定後は、下記口座に振り込んでください。ただし、給食費の未納があった場合は、当該多子世帯給食費負担軽減助成金の受領を学校長が行うことを承諾します。

助成金の額については、助成対象児童生徒の所属する学校長からの情報提供に同意します。

また、白河市教育委員会の行う助成金審査に必要な私及び同居親族の個人情報を確認することを承諾します。

1 同一世帯の18歳以下の子の氏名等

氏 名	生 年 月 日	学 校 名	学 年
	年 月 日		年
	年 月 日		年
	年 月 日		年
	年 月 日		年
	年 月 日		年
	年 月 日		年
	年 月 日		年

※「18歳以下」とは、18歳に達する日以後の最初の3月31日に達するまでの間にある子をいいます。

2 振込口座

金融機関名			銀行・組合 金庫・農協	本・支店名			本店・支店 支所
口座種別	普通	口座番号		口座名義人	フリガナ		

※添付資料：上記通帳の写し（口座番号、口座名義人がわかるもの）