

様式第1号（第6条関係）

愛西市学校給食費抜本的負担軽減支援金申請書

年 月 日

(宛先) 愛 西 市 長

郵便番号 _____
 申請者 住 所 _____
 (保護者) 氏 名 _____
 電 話 _____

愛西市学校給食費抜本的負担軽減支援金の支給を受けたいので、次のとおり申請します。
 なお、認定及び支給に際し、保護者及び当該児童の給食に関する必要事項等について、愛西市教育委員会が調査をすることに同意します。

記

児童の氏名			保護者との続柄		
児童の生年月日	年 月 日				
児童の住所	□申請者と同じ（※異なる場合は下記に記入）				
学校名	学校	学年	第 _____ 学年		
給食非喫食期間（始期）	年 月 日から				
給食非喫食理由	食物アレルギー疾患 ・ 病弱 ・ その他（ _____ ）				
振込先口座 ※申請者（保護者）の口座を記入してください。	_____ 銀行・農協・信金				
	本店 _____		支店 _____		
	普通 ・ 当座		口座番号		
	フリガナ				
	口座名義				

※ 通帳の写し（コピー）を添付してください。（上記口座の金融機関名・口座番号・口座名義人（カナ）を確認できる部分のコピー）

受付