

長柄町学校給食費相当額給付金支給申請書兼請求書

年 月 日

長柄町長 様

〒

請求者（保護者） 住所 _____

氏名 _____ 印

電話番号 _____

長柄町学校給食費相当額給付金について、次のとおり申請及び請求します。なお、長柄町学校給食費相当額給付金支給要綱第2条第2項各号には、該当していません。

1 給付金申請期間 年度分

2 対象児童生徒

氏名	生年月日	続柄	学校名	学年
	年 月 日		住所 〒 _____ 小・中学校 電話番号 _____	年

3 振込先

金融機関名			銀行・信用金庫 信用組合・農協	本店 支店 支所 出張所
	金融機関コード		店番コード	
種別	普通		口座番号	
口座名義人	フリガナ			
	氏名			

※保護者の口座名義・口座番号を確認のうえ、記入してください。

学校給食費相当給付金支給申請に係る確認のため、長柄町が保有する公簿によって、本人及び世帯員の町税等（町民税、固定資産税、軽自動車税、国民健康保険税、介護保険料及び後期高齢者医療保険料）、町営住宅家賃、過年度の学校給食費の収納状況について、調査することに同意します。

申請者氏名 _____