

大口町学校給食弁当代替者給付金支給申請書兼請求書

年　月　日

大口町長 様

誓約・同意事項に誓約及び同意の上、次のとおり給付金の支給を申請及び請求します。

申 請 者 者 等	氏名			
	現住所			
	電話番号			
対象者 (児童 生徒)	氏名			
	現住所			
	住み始め	<input type="checkbox"/> 年 4月 1日以前 <input type="checkbox"/> 年 月 日転入		
	学校名等	学校 第 学年 組		
	入学年月	<input type="checkbox"/> 年 4月 1日以前 <input type="checkbox"/> 年 月 日入学		
支給期間	年 月～ 年 月			
申請額(A) (給付金額)	[円] × []か月 = [円]			
教育就学奨励費等の助成の有無及び助成額(B)	無 ・ 有 円			
申請額(A-B)				

【誓約・同意事項】

- 申請内容に誤りがあった場合又は申請内容に相違があり交付要件に該当しなかつた場合には、支給済みの給付金について速やかに返還します。
- 給付金の要件等の審査等をするため、町が必要な公簿等の確認を行うことや必要な資料を他の行政機関及び学校等に求めることに同意します。
- この申請書は、町において給付決定をした後は、給付金の請求書として取り扱います。
- 町が支給決定をした後、申請書の不備により振込不能等の事由により支払が完了せず、かつ、町が求める期間までに申請者（保護者等）に連絡又は確認ができない場合には、町は当該申請が取り下げられたものとみなします。

大口町学校給食弁当代替者給付金を下記口座に振り込んでください。

給付金振込先	金融機関名	銀行名							
		支店名							
預金の種別	普通・当座								
	口座番号								
口座名義人 (保護者等)	(フリガナ)								

※口座名義人は申請者(保護者等)と同一名義に限ります。

※口座情報の確認のため、通帳又はキャッシュカードの写しを張り付けてください。

振込先金融機関口座確認書類貼付け欄