

**【対象者】以下のいずれかに該当する方**  
**①世帯年収360万円未満相当（市民税所得割課税額77,101円未満）**  
**②第3子以降（小学校3年生以下の兄・姉から判定）**

第1号様式（第5関係）

申請日 年 月 日

特定子ども・子育て支援施設等における副食費助成申請書

調布市長 宛

**【申請に当たって同意していただきたい事項】**  
 1 決定に当たって必要な範囲内で、申請者の税務情報等の公簿、通園先が有する学齢簿、徴収金台帳等を調布市が閲覧及び調査すること。  
 2 申請内容や同意して得た情報を助成金受給資格審査、助成金額の算定その他の附帯業務のために調布市が利用すること。  
 3 要綱に規定する内容を遵守すること。  
 以上のことに同意し、調布市特定子ども・子育て支援施設等における副食費助成要綱第5に基づき、以下のとおり申請します。

申請者	フリガナ		対象児童との続柄		〒		
	氏名				現住所		
	連絡先（電話番号）		自宅			携帯	
対象児童	フリガナ		現住所 申請者と異なる場合のみ記載	〒			
	氏名					個人番号（マイナンバー）	
	生年月日	年 月 日				利用（予定）幼稚園名	

同居者を全員記入してください。

	フリガナ	氏名	対象児童との続柄	生年月日		就労・通学・通園先 又は単身赴任先
				個人番号	年 月 日	
対象児童の保護者及び同居者 ○を付けてください	1			個人番号	年 月 日	
	2			個人番号	年 月 日	
	3			個人番号	年 月 日	
	4			個人番号	年 月 日	
	5			個人番号	年 月 日	
	6			個人番号	年 月 日	
	7			個人番号	年 月 日	

振込先口座

記入不要

※「調布市私立幼稚園等園児保護者負担軽減事業補助金交付申請書」に記入いただいた口座にお振込みします。

委任者（申請者）氏名

（印）