

(宛先) 川崎市長

**副食費の施設による徴収に係る補足給付認定申請書**

※ 認定を希望する期間を選択し、該当するチェックボックスにレ点を記入して下さい。

<input type="checkbox"/>	令和3年4月～令和3年8月末まで
<input type="checkbox"/>	令和3年9月～

## 【申請にあたって同意していただく事項】

1. 決定にあ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、徴収金台帳等を川崎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補助金受給資格審査、補助金額の算定、その他の附帯業務のために川崎市が利用すること。
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、副食費の施設による徴収に係る補足給付費について、以下のとおり申請します。

申請者	フリガナ		認定 子ども との 続柄	1 父 2 母 3 里親 4 その他 ( ) <small>該当番号に○。4の場合は()内も記載</small>	現住所	〒 -
	氏名			連絡先	(自宅) (携帯)	
	生年月日	年 月 日				
申請 子ども ※1	フリガナ		現住所 申請者と 異なる場合 のみ記載	〒 -	幼稚園名	
	氏名			連絡先	(自宅) (携帯)	
	生年月日	年 月 日				
申請日の前年度 1月1日時点の住所 ※2	(母親)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ		(父親)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ	

※1 対象となる子どもが複数いる場合は、子どもごとに作成して下さい。

※2 現住所と異なる場合は、記入した住所地の市町村で発行される前年度1月1日を賦課年度とする市町村民税所得割額がわかる証明書(課税証明書など)を添付して下さい。

同居者を全員記入して下さい。

申請子どもの保護者及び同居者(生計の中心者の番号に○を付けて下さい。)				
	フリガナ 氏名	申請 子ども との続柄	生年月日	就労・通学・通園先 又は単身赴任先
1			年 月 日	
2			年 月 日	
3			年 月 日	
4			年 月 日	
5			年 月 日	
6			年 月 日	