

茅ヶ崎市学校給食費相当額給付金申請書兼請求書

令和 年 月 日

茅ヶ崎市長 様

請求者（保護者） 住所 _____

氏名 _____

児童との続柄 _____

電話番号 _____

茅ヶ崎市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、茅ヶ崎市学校給食費相当額給付金要綱第2条第1項第2号及び3号には、該当していません。

1 申請対象期間 令和 年 月から令和 年 月まで

2 申請給付金額 円（5,200円× 月分）

3 対象児童

氏名	生年月日	学校名	学年
	年 月 日	小学校	

4 給付金振込先

金融機関名				支店名								
	金融機関コード			店番コード								
種 別	普通 ・ 当座			口座番号								
口座名義人	フリガナ											
	氏 名											

※指定された口座番号等が記載された通帳の写しを申請書に併せてご提出ください。