

蟹江町保育所給食費等支援特別給付金申請書兼請求書

申請日 年 月 日

蟹江町長殿

下記の事項に同意のうえ、申請者の本人確認書類及び口座確認書類を添えて申請します。

【同意事項】

- ・蟹江町保育所給食費等支援特別給付金（以下「給付金」という。）の給付要件に該当します。
- ・給付金の支給要件の該当性等を審査等するため、本町が必要な住民基本台帳情報、税情報等の公簿等の確認を行うことや必要な資料の提供を他の行政機関等に提供することに同意します。
- ・公簿等で確認できない場合は、関係書類の提出を行います。
- ・この申請書は、本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。
- ・町長が給付決定をした後、申請書（請求書）の不備による振込不能等の事由により支払が完了せず、かつ、令和9年3月31日までに、本町が申請・請求者に連絡・確認できない場合に、給付金が給付されないことに同意します。
- ・給付後に給付要件に該当していないことが判明した場合又は偽りその他不正な手段により給付金の給付を受けた場合は給付を行った給付金を返還します。
- ・同一児童について給付金または給付金を受給済みではありません（受給していた場合には、給付金を返還します。）。

1 申請者（下欄2に記載されている児童の保護者等）

フリガナ 氏名	生年月日	現住所
	年 月 日	〒 - ※電話 ()
フリガナ 配偶者氏名	生年月日	別居の場合は住所を記載
	年 月 日	〒 -

※日中連絡ができる連絡先

2 給付対象児童（表A）【令和2年4月2日から令和5年4月1日までに出生した児童】

	フリガナ 氏名	生年月日
1		年 月 日
2		年 月 日
3		年 月 日
4		年 月 日

3 申請額・請求額

対象児童数 (表Aの人数)	人	申請額・請求額	円
------------------	---	---------	---

・給付金の対象児童数を記入してください。対象児童数は「2. 給付対象児童」(表A)に記入した今回支給申請をする人数になります。

・申請額・請求額は、対象児童1人当たり一律66,000円となります。

(例) 対象児童数2人の場合 : 66,000円 × 2人 = 132,000円

4 給付金振込先口座 (申請者名義の口座)

金融機関名		支店名		分類	口座番号 (右詰め)	口座名義 (カタカナ) ※通帳の表記に合わせてください。
				1 普通		
				2 当座		
金融機関コード		支店コード				

・ゆうちょ銀行を希望される場合は、通帳見開き下部に記載の振込用の店名・預金種目・口座番号(7桁)をご記入ください。

・振込先口座は申請者名義の口座に限ります。

窓口での現金支給を希望

※金融機関の口座がない方、金融機関から著しく離れた場所に住んでいる方など、どうしても口座による受け取りが出来ない方のみが対象となります。本人確認資料を添付してください。

① 給付金振込先金融機関の口座確認書類の写しを貼り付けてください。

- ・振込先口座の通帳 (表紙をめくって口座情報が記載されているページ) のコピー
または
- ・振込先口座のキャッシュカードのコピー
(金融機関名、支店名、口座番号、口座名義人(カナ)が確認できるもの)

② 申請者の本人確認書類の写しを貼り付けてください。

- ・運転免許証、マイナンバーカード(表面)、パスポート等の顔写真のある本人確認書類のいずれかのコピー