

様式第1号の2（第3条関係）

申請日を記入  
してください

申請日：令和3年4月1日

猪名川町長 様

## すくすくいなっ子給食費完全無償化事業 申請書（償還払い用）

私は、下記対象子どもが幼児教育・保育にかかる施設等の利用の際に発生する給食費について、すくすくいなっ子給食費完全無償化条例施行規則第3条第1項に基づき、給食費完全無償化の申請を行います。

なお、すくすくいなっ子給食費完全無償化事業の審査にあたり、次の事項に同意します。

1. 申請者と対象子どもが、猪名川町内に居住していることを猪名川町が住民基本台帳で確認すること。
2. 実際に利用していることを猪名川町が対象施設に確認すること。
3. 国制度における副食費徴収免除対象者であることを猪名川町が世帯の所得課税情報を閲覧すること。

押印不要  
自署でご記入  
ください

## 1. 保護者（申請者）

フリガナ	イナガワ タロウ	対象子どもとの続柄	父
氏名	猪名川 太郎	生年月日	昭和60年7月17日
		電話番号	072-766-●●●●
住所	〒666-0257 猪名川町白金●-●-●		
令和3年4月1日以降に転入により町民となった場合は転入日を記入		年 月 日	

## 2. 対象子ども（複数いる場合は、対象子どもごとに申請して下さい）

フリガナ	イナガワ いなぼう	認定番号*	
氏名	猪名川 いなぼう	認定区分*	
		生年月日	平成27年4月17日
国制度における副食費徴収免除対象の有無		クラス年齢	5歳児クラス

\*認定番号・認定区分については、子どものための教育・保育給付認定又は子育てのための施設等利用給付認定について記入

## 3. 利用する施設（保育所・認定こども園・幼稚園等）

フリガナ	●●●●●●●●	所在地	〒●●●-●●●●
施設名	●●●●●●●●	※町外施設の場合のみ記入	●●市●●●
		電話番号	072-●●●●-●●●●
施設種別	認可外保育施設		
給食費	週あたり給食日数	5日	月額・日額 ●●●円
対象期間	令和3年4月1日～令和4年3月31日		

給食費については、園の設定  
金額を記入してください

※この申請書兼同意書の有効期間は、当該年度の年度末まで  
さなくなった場合は、無効とします。

※他市町への転出等により助成要件に該当しなくなった場合は、  
以降の給食費は、保護者様自身で施設へお支払いいただきます。