

第 1 号様式（第 5 条関係）

年 月 日

（宛先）昭島市長

昭島市保育施設等給食費負担軽減補助金交付申請書

昭島市保育施設等給食費負担軽減補助金について、昭島市保育施設等給食費負担軽減補助金第 5 条の規定に基づき、次のとおり申請します。

申請者	住 所	
	氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日生
	連 絡 先	
対象児童 (1)	フリガナ 氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日生
	園 名	
対象児童 (2)	フリガナ 氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日生
	園 名	

＊下記の事項に同意の上、交付申請する場合は□欄に☑を記入してください。

（個人情報について）

☐ 決定に当たっては、必要な範囲で、昭島市が保有する私の世帯の税務情報等の公簿、又は通園先の幼稚園・保育園等が有する在籍期間、保育料・給食費等納付状況、学齢簿等を閲覧及び調査すること。

☐ 本申請内容及び同意して得た情報を受給資格審査、補助金額の算定並びにその付帯業務のため市が利用すること。

補助金の交付対象になった場合には、下記の指定口座に振り込んでください。

振込先金融機関名	銀 行		本 店					
	信用金庫		支 店					
フリガナ 口座名義	預金種類		普通 ・ 当座					
	口座番号							

＊右詰めで記載してください。

＊振込先は、対象児童の保護者（申請者）と同一名義の口座に限ります。