

申請日 年 月 日

（宛先） 白井市長

申請者 住所  
氏名  
電話

白井市副食費の実費徴収に係る補足給付支給申請書（償還払い用）

白井市副食費の実費徴収に係る補足給付事業実施要綱第6条第1項に基づき補足給付の支給を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

対象児童名	(生年月日)
利用施設名	

支給申請額		金 円 ( 年 月分～ 年 月分)								
対象月	実費徴収額		支給申請額		対象月	実費徴収額		支給申請額		支給申請額 左記cの合計
	給食費 a	うち副食材料費 b	bと____円のうち 少ない額 c	対象月		給食費 a	うち副食材料費 b	bと____円のうち 少ない額 c	支給申請額	
4月	円	円	円	10月	円	円	円	円	円	
5月	円	円	円	11月	円	円	円	円		
6月	円	円	円	12月	円	円	円	円		
7月	円	円	円	1月	円	円	円	円		
8月	円	円	円	2月	円	円	円	円		
9月	円	円	円	3月	円	円	円	円		

※対象となる子供が複数いる場合は、子供ごとに申請してください。  
※実費徴収額（副食材料費がわかるもの）に係る領収証の写しを添付してください。

給付金の振込先を、以下に記載して下さい。

金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協	本店・支店 出張所
預金種別	1. 普通	2. 当座
口座番号		
口座名義人（カタカナ） ※原則申請者名義の口座としてください。		

※申請者と口座名義が異なる振込先を指定する場合は、本市指定の委任状を提出してください。