別記様式第１号（第６条関係）

年　　　月　　　日

串間市保育所等副食費助成申請書

串間市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者（保護者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　次の子どもについて、副食費の助成を受けたいので申請します。

記

対象となる子ども（満３歳以上）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　　名 | 生 年 月 日 | 利 用 施 設 名 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

備考

１　利用施設名は、助成を希望する年度時点で記入してください。

２　申請は、毎年度必要となります。

３　この助成は、２号認定子どもが対象です。

○個人情報等の提供にあたっての署名欄

串間市が副食費の助成のため、必要な情報について、特定教育・保育施設等に対して提示することに同意します。

申請者氏名　　　　　　　　　　印