

別 記

第 1 号様式

食物アレルギー児等学校給食費相当額助成金申請書

年 月 日

(あて先) 成田市教育委員会教育長

食物アレルギー児等学校給食費相当額助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名		対象者との続柄	
	住 所			
	電 話 番 号			
対象者	フリガナ		学 年	
	氏 名			
	在 籍 学 校			
助 成 金 申 請 額		円		
振込先	金 融 機 関 名	銀行・農協 信用金庫		
		本店・支店 支所		
	口 座 種 別	普通 ・ 当座		
	口 座 番 号			
	フリガナ			
	口 座 名 義 人			

※医師の証明等を添付

同意書

私は、成田市教育委員会が本助成金に関する事務を処理するために、成田市または成田市教育委員会の保有する情報を利用し、または関係機関に照会をすることに同意します。

なお、このことについて世帯員の同意を得ています。

年 月 日

(あて先) 成田市教育委員会教育長

申請者署名
