

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

令和〇年〇月〇日

(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	ナリタ タロウ	生年月日	S〇年〇月〇日		
	氏名	成田 太郎		対象者との続柄	父	
	住所	成田市花崎町760				
	電話番号	090 (111) 1111				
対象者	フリガナ	ナリタ ハナコ	学 年			
	氏名	成田 花子	〇年			
	在籍学校	成田市立〇〇小学校				
助成金申請額		円				
振込先	金融機関名	〇〇		銀行・農協 信用金庫		
		〇〇		本店・支店 支所		
	口座種別	普通・当座				
	口座番号	1234567				
	フリガナ	ナリタ タロウ				
	口座名義人	成田 太郎				

こちらは空欄のままご提出ください

※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。

令和 ○年 ○月 ○日

(あて先) 成田市教育委員会教育長

申請者署名

成田 太郎

診断書や学校生活管理指導表など
医師の診断を受けていることがわかる書類の写しを
一緒に提出してください