

申請日 令和 年 月 日

(宛先) 川崎市長

副食費の施設による徴収に係る補足給付認定申請書

※ 認定を希望する期間を選択し、該当するチェックボックスにレ点を記入して下さい。

☐	令和 8 年 4 月～
☐	令和 年 月～ (令和 8 年 4 月以前の認定を希望する場合年月を記入)

【申請にあたって同意していただく事項】

- 決定にあたって必要な範囲内で、申請者の税務情報等の公簿、通園先が有する学齢簿、徴収金台帳等を川崎市が閲覧及び調査すること。
- 申請内容や同意して得た情報を補助金受給資格審査、補助金額の算定、その他の附帯業務のために川崎市が利用すること。
- 要綱に規定する内容を遵守すること。

以上のことに同意し、副食費の施設による徴収に係る補足給付費について、以下のとおり申請します。

申請者	フリガナ		認定 子ども との 続柄	1 父 2 母 3 里親 4 その他 () 該当番号に○。4 の場 合は()内も記載	現住所	〒 -
	氏 名				連絡先	(自宅) (携帯)
	生年月日	年 月 日				
申請 子ども ※1	フリガナ		現住所 申請者と 異なる場合 のみ記載	〒 -		幼稚園名
	氏 名					
	生年月日	年 月 日				
申請日の前年度 1月1日時点の住所 ※2		(母親)	☐ 現住所と同じ		(父親)	☐ 現住所と同じ

※1 対象となる子どもが複数いる場合は、子どもごとに作成して下さい。

※2 現住所と異なる場合は、記入した住所地の市町村で発行される前年度1月1日を賦課年度とする市町村民税所得割額がわかる証明書（課税証明書など）を添付して下さい。

同居者を全員記入して下さい。

申請子どもの保護者及び同居者（生計の中心者の番号に○を付けて下さい。）				
	フリガナ	申請 子ども との続柄	生年月日	就労・通学・通園先 又は単身赴任先
	氏名			
1			年 月 日	
2			年 月 日	
3			年 月 日	
4			年 月 日	
5			年 月 日	
6			年 月 日	