

所在地 内子町
施設名
代表者

内子町特定教育・保育施設副食費支援補助金の交付を受けたいので、内子町特定教育・保育施設副食費支援補助金交付要綱第4条の規定により、下記のとおり申請します。

1 交付申請額 円

- (1) 特定教育・保育施設副食費支援補助金実績報告書（別紙）
- (2) その他町長が必要と認めた書類

金融機関名		支店名	
種目	普通・当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義			

様式第1号 別紙

特定教育・保育施設副食費支援補助金実績報告書

施設名

副食の提供月	対象児童数 ※1	補助対象額 ※2
4月	人	
5月	人	
6月	人	
7月	人	
8月	人	
9月	人	
10月	人	
11月	人	
12月	人	
1月	人	
2月	人	
3月	人	
合計	人	円

※1 対象児童数：月の初日に施設に在籍し、かつ、条例第13条第4項第3号の規定により副食費の負担が生じる児童の数副食費の負担が生じる児童の数

※2 補助対象額：対象児童数に副食費徴収免除加算の額から4,500円を差し引いて得た額を乗じて得た額