別記様式第７号（第24条関係）

年　　月　　日

多治見市長

多治見市小学校給食費負担軽減給付金支給申請書（請求書）

多治見市学校給食費無償化等実施規則第24条の規定により、多治見市小学校給食費負担軽減給付金の支給について、次のとおり申請（請求）します。

<table>
<tr><td rowspan="4">申請・
請求者
（保護者）</td><td>住　　所</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>フリガナ</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td colspan="3">（※）
※本人が自署しないときは、押印してください。</td></tr>
<tr><td>電話番号</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="5">児童名等</td><td>住　　所</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>フリガナ</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="3">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>学 校 名</td><td>小学校</td><td>学 年</td><td>年生</td></tr>
<tr><td>申請・
請求理由</td><td colspan="4">【停止期間】
年　　月　　日 ～　　年　　月　　日まで
【停止理由】
□食物アレルギー
□長期欠席
□その他（　　）</td></tr>
</table>

裏面：同意事項、確認事項、振込口座情報

◇振込口座情報

振込先	金融機関名		本支店名	
	口座種別	普　通　・　当　座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			

※　口座名義人は、申請（請求）者と同一であること。

※　振込口座情報が分かる口座の写し等を添付すること。

◇同意事項

私及び申請に係る児童は、多治見市学校給食費無償化等実施規則第24条の規定による申請に当たり、次の事項に同意します。

①　市長が、給付金の支給決定の内容を審査するにあたり、必要な範囲において、私及び申請に係る児童の住民基本台帳を閲覧すること。

②　市長が、給付金の支給決定の内容を審査するにあたり、必要な範囲において、申請に係る児童が在籍する学校の長に、在籍の状況、学校給食の喫食状況その他給付金の支給に必要な情報を調査すること。

③　給付金支給後、偽りその他不正な手段により支給を受けたことが判明し、支給決定が取り消された場合は、速やかに給付金を返還すること。