

様式第1号（第6条関係）

厚真町実費徴収に係る補足給付費受給申請書（災害）

（あて先）厚真町長

次のとおり実費徴収に係る補足給付費の受給を申請します。

* 太枠の中の必要事項を記入して、押印のうえ提出してください					記入日	年	月	日
こども園名		申請者（支給認定保護者）	現住所	〒 ー ー 厚真町				
対象年度	平成30年度9月～3月分		電話番号	ー ー				
こども園に在籍するお子さんについて記入してください。↓			名前	フリガナ 印				
児童に関する情報	フリガナ 児童名	生年月日	年齢	認定区分 (いずれかに○をしてください)				
		年 月 日	歳	1号 教育認定	2・3号 保育認定			
		年 月 日	歳	1号 教育認定	2・3号 保育認定			
		年 月 日	歳	1号 教育認定	2・3号 保育認定			
被害の程度	全壊 ・ 大規模半壊 ・ 半壊							
災害当時の住所								
委任及び同意に関する確認								
↓ 以下の内容をよく読んで、□にチェック☑を入れてください。								
<input type="checkbox"/> 給付の決定にあたって、厚真町が必要な範囲内で私の世帯の世帯情報及び市町村民税の情報（同居親族を含む。）を閲覧することに同意します。								
<input type="checkbox"/> 災害補足給付費の受給において過誤払いが生じた場合は、厚真町長の過誤払金に対する返還要求に応じます。								
<input type="checkbox"/> 給付決定後に厚真町から支給される給食費及び教材費等の受領及び支払いについて、町民福祉課長に委任します。								
受付日								
	課長	主幹	主査	担当				

【町記入欄】

決定年月日	給付の可否	給付開始月	決定の根拠	
・	可・否	月から	利用者負担額の 階層区分	第 階層
取消年月日	取消事由		備考	
・	1 他市町村へ転出 2 階層区分の変更 3 その他 ()			