

豊橋市学校給食費無償対応臨時給付金(学校給食非喫食) 給付申請書

フリガナ		申請年月日	令和 年 月 日	
児童生徒氏名		学 校 名	豊橋市立 学校	
生 年 月 日	平成 年 月 日	学 年	小学部・中学部 第 学年 ※くすのき特別支援学校の場合は、小学部・中学部の別も併せて記入(該当する方に「○」)	
住 所	豊橋市			
給 付 要 件	項目	保護者確認欄	学校確認欄	市確認欄
	① 児童生徒、保護者ともに豊橋市に住所がある	はい・いいえ		
	② くすのき特別支援学校(小学部・中学部)に在籍している	はい・いいえ	はい・いいえ	
	③ 「学校給食費無償対応臨時給付金(就学援助等)」を受給していない	はい・いいえ		
④ 給食を申し込んでいない、又は、「学校給食(停止・再開)届」を学校へ提出して給食の注文を停止している	はい・いいえ	はい・いいえ		
学校長証明欄	上記「給付要件」のうち②と④について、事実と相違ありません 豊橋市立 学校 学校長 (印)			
口座振込依頼欄	金融機関名	店 舗 名	種 目	口座番号(右づめで)
		銀行 信金 信組	本店 支店 出張所	普通預金 当座預金 貯蓄預金
	フリガナ 必ず記入してください。		口座名義人	
* 「口座名義人」が、下欄の「申請者(保護者)」と同一である口座に限ります。 * 通帳の写し(コピー)を添付してください。 (上記口座の金融機関名・口座番号・口座名義人(カナ)を確認できる部分のコピー) * ゆうちょ銀行の場合は、振込専用の口座についてご記入ください。				
豊橋市長 様	申請内容の審査のため、必要に応じて市が公簿等の調査をすることに同意するとともに、求められた場合には追加で必要書類を提出します。 添付書類を添えて、見出しの給付金の給付を申請します。 住所:豊橋市 申請者(保護者) 氏名: 生年月日: 年 月 日 電話番号:()			市受付印押印欄

※受給のためには、後日、実績報告と請求が必要です。

整理番号	
------	--

入力確認	申請	決定	
------	----	----	--

確認者		受付者	
-----	--	-----	--

豊橋市学校給食費無償対応臨時給付金(学校給食非喫食) 実績報告書兼請求書

フリガナ			報告・請求年月日	令和	年	月	日																
児童生徒氏名			学 校 名	豊橋市立 学校																			
生 年 月 日	平成	年	日	学 年	小学部・中学部 第 学年																		
※くすのき特別支援学校の場合は、小学部・中学部の別も併せて記入(該当する方に「○」)																							
実 績 報 告	※実績報告と請求は、「10月分～12月分」と「1月分～3月分」に分けて行います。																						
	対象期間		「はい」と「いいえ」のどちらかに「○」																				
	下欄のうち対象となる期間(「10月分～12月分」又は「1月分～3月分」)のどちらか一つに「○」を記入してください		①各月1日時点で、児童生徒、保護者ともに豊橋市に住所がある	②児童生徒が、在籍している豊橋市立小中学校等に出席している(皆欠席ではない)	③「学校給食費無償対応臨時給付金(就学援助等)」を受給していない	④給食を申し込んでいない、又は、「学校給食(停止・再開)届」を学校へ提出して、月の初日から末日まで給食の注文を停止している																	
	10月分	1月分	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ																	
	11月分	2月分	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ																	
	12月分	3月分 <small>(中3は対象外)</small>	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ																	
学校長証明欄	上記「実績報告」のうち②と④について、事実と相違ありません 豊橋市立 学校 学校長 印																						
請 求 金 額	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="3" style="text-align:center;">対象期間</td> <td>10月分 又は 1月分</td> <td>該当・非該当</td> </tr> <tr> <td>11月分 又は 2月分</td> <td>該当・非該当</td> </tr> <tr> <td>12月分 又は 3月分</td> <td>該当・非該当</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align:center;">請求対象月数 (A)</td> <td style="text-align:center;">か月分</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align:center;">1か月あたり請求金額 (B)</td> <td> 小学生 4,100円/月 中学生 4,800円/月 </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align:center;">請求金額 (A×B)</td> <td style="text-align:right;">円</td> </tr> </table>						対象期間	10月分 又は 1月分	該当・非該当	11月分 又は 2月分	該当・非該当	12月分 又は 3月分	該当・非該当	請求対象月数 (A)		か月分	1か月あたり請求金額 (B)		小学生 4,100円/月 中学生 4,800円/月	請求金額 (A×B)		円	※「実績報告」について①～④全てが「はい」となった場合に「該当」に「○」 「対象期間」のうち「該当」の月数(中3は、3月分は対象外)
対象期間	10月分 又は 1月分	該当・非該当																					
	11月分 又は 2月分	該当・非該当																					
	12月分 又は 3月分	該当・非該当																					
請求対象月数 (A)		か月分																					
1か月あたり請求金額 (B)		小学生 4,100円/月 中学生 4,800円/月																					
請求金額 (A×B)		円																					
豊橋市長 様	申請内容の審査のため、必要に応じて市が公簿等の調査をすることに同意するとともに、求められた場合には追加で必要書類を提出します。 上記のとおり実績を報告するとともに、見出しの給付金の給付を請求します。 住所:豊橋市 申請者(保護者) 氏名: 生年月日: 年 月 日 電話番号:()						市受付印押印欄																

※申請時に登録した口座は、振り込みが完了するまで解約しないでください。

※申請時に登録した口座について、変更がある場合は、豊橋市教育委員会 保健給食課(51-2821)までお問い合わせください。

整理番号		入力確認	申請	決定		確認者		受付者	
------	--	------	----	----	--	-----	--	-----	--