第５号様式（第９条）

食物アレルギー等児童生徒学校給食費相当額助成金請求書

年　　月　　日

（あて先）印西市教育員会教育長

申請者　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名（保護者）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

印西市食物アレルギー等児童生徒学校給食費相当額助成金交付規則第９条の規定により、下記のとおり助成金を請求します。

記

請求金額							円

受領する印西市食物アレルギー等児童生徒学校給食費相当額助成金については、下記指定口座に振込みを依頼します。

（ゆうちょ銀行以外の口座記入欄）

金融機関名	コード	コード	預金種別	口座番号
	（　　） 銀行・信用金庫・信用組合・農協	（　　） 本店・支店・出張所	１普通 ２当座	
口座名義(ｶﾅ)				
口座名義人				

（ゆうちょ銀行口座記入欄）

通帳記号　6桁目がある場合※に記入	通帳番号（右詰め）
※	
口座名義(ｶﾅ)	
口座名義人	