

様式第4号（第9条関係）

年 月 日

都城市長 宛て

住 所
請求者 氏 名
電話番号

都城市学校給食無償化に伴う食物アレルギー等対応給付金請求書

年 月 日付け 第 号をもって給付決定のあった都城市学校給食無償化に伴う食物アレルギー等対応給付金について、都城市学校給食無償化に伴う食物アレルギー等対応給付金給付要綱第9条の規定により、次のとおり請求します。

1 請求額

停止区分	1食単価 (A)	弁当持参日数 (B)	他制度助成額 (C)	請求額 (A) × (B) - (C)
全部停止	288円	日	円	円
ミルク以外停止	224円	日	円	円
計				円

※ 積算根拠は、別添「弁当等の持参日数証明書」のとおり

2 振込先

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

※ 口座名義人は、請求者（保護者等）と同一であること。