

砂 川 市 訓 令 第 2 2 号

令和 7年 4月 1日

砂川市幼稚園等副食費助成事業実施要綱の一部を改正する訓令を次のように定める。

砂川市長 飯 澤 明 彦

(別 紙)

砂川市幼稚園等副食費助成事業実施要綱の一部を改正する訓令

砂川市幼稚園等副食費助成事業実施要綱（令和 6 年訓令第18号）の一部を次のように改正する。

第 4 条第 1 号中「240円」を「245円」に改め、同条第 2 号中「4,800円」を「4,900円」に改める。

別記第 1 号様式、別記第 3 号様式及び別記第 4 号様式を次のように改める。

附 則

この訓令は、令和 7 年 4 月 1 日から施行する。

砂川市長 様

1. 申請書等に記載した内容は、交付決定に係る情報として必要と認められる場合に、施設・事業者提供することがあります。
2. 申請内容や同意を得た情報を交付資格審査、助成金額の算定、その他附帯業務のために砂川市が利用します。
3. 砂川市幼稚園等副食費助成事業実施要綱に規定する内容を遵守してください。

保護者	氏名（フリガナ）		現住所		
申請子ども	氏名（フリガナ）		現住所（保護者と異なる場合のみ記入）		
生年月日				性別	男 ・ 女
連絡先	自宅等	携帯（父）		携帯（母）	

施設名（フリガナ）	住 所	利用開始日
	〒 -	年 月 日
	TEL : - -	

[illegible]

○幼稚園等副食費助成金請求金額の内訳

助成金交付申請額		金 _____ 円 (_____ 年 _____ 月分 ~ _____ 年 _____ 月分)			
対象月	副食費実費徴収額 (1日当たり) (a)	提供日数 (b) (市内の幼稚園における副食提供日数を上限とする)	対象額 (a×b=c)	月額上限額 (d)	請求額 (cとdの金額を比較して低い方)
4月	円	日	円	円	円
5月	円	日	円	円	円
6月	円	日	円	円	円
7月	円	日	円	円	円
8月	円	日	円	円	円
9月	円	日	円	円	円
10月	円	日	円	円	円
11月	円	日	円	円	円
12月	円	日	円	円	円
1月	円	日	円	円	円
2月	円	日	円	円	円
3月	円	日	円	円	円
合計					円

※1 副食費は副食提供に要した費用であり、主食費は除いてください。

※2 月額上限額 (d) は、申請時に利用施設を通じて保護者の方へお知らせします。

特定教育・保育施設（子ども・子育て支援法第27条第1項に規定する施設。ただし、市立保育所及び市内に住所を有する児童が広域で入所する市外の保育所等を除く。）を利用する子どもは、1人当たり245円に市内の幼稚園における1か月の副食提供日数を乗じて得た額を月額上限額とします。ただし、当該幼稚園においてやむを得ず副食が提供される日が8日を超えない月にあつては、1人当たり245円に8日乗じて得た額とします。

認可外保育施設（児童福祉法第59条の2の規定に基づき、都道府県知事に届出をしている施設）を利用する子どもは、1人当たり4,900円を月額上限額とします。

※3 対象となる子どもが複数いる場合は、子どもごとに作成してください。

※4 砂川市幼稚園等副食費実費徴収額収証書を添付してください。

○助成金の振込先を記入

金融機関名		預金種目	☐ 普通 ☐ 当座	
銀行・信用金庫	支店	口座番号		
農協・信用組合	出張所	口座名義(カタカナ)		

※5 請求者と口座名義が異なる振込先を指定する場合は、本市指定の委任状を提出してください。

砂川市幼稚園等副食費助成金交付申請書（代理受領用）

年 月 日

砂川市長 様

【申請に当たっての同意事項】

1. 申請書等に記載した内容は、交付決定に係る情報として必要と認められる場合に、施設・事業者提供することがあります。
2. 申請内容や同意を得た情報を交付資格審査、助成金額の算定、その他附帯業務のために砂川市が利用します。
3. 当該交付金の受領に関する権限を私が利用する施設の設置者又は事業を行う者に委任します。
4. 砂川市幼稚園等副食費助成事業実施要綱に規定する内容を遵守してください。

以上のことに同意し、砂川市幼稚園等副食費助成事業実施要綱第6条の規定により以下のとおり申請します。

保護者	氏名（フリガナ）		現住所		
申請 子ども	氏名（フリガナ）		現住所（保護者と異なる場合のみ記入）		
生年月日				性別	男 ・ 女
連絡先	自宅等	携帯（父）		携帯（母）	

○利用施設名

施設名（フリガナ）	住 所	利用開始日
	〒 -	年 月 日
	TEL : - -	

○世帯の状況 ※子どもに係る児童は除く

[illegible]

第 号
年 月 日

砂川市幼稚園等副食費助成金交付（不交付）決定通知書

様

砂川市長

年 月 日付で交付申請のあった砂川市幼稚園等副食費助成金について、次のとおり決定したので、砂川市幼稚園等副食費助成事業実施要綱第7条第1項の規定により通知します。

子どもの氏名	
利用施設名	

交付決定の場合

助成開始月	
助成金限度額 （月 額）	☐ 1日当たり245円に1か月の副食提供日数（当該日数は市内の幼稚園における副食提供日数を上限とする）を乗じて得た額 ☐ 1か月当たり4,900円
備 考	・要件を満たさなくなったときや、虚偽その他不正な手段により交付を受けたときは、決定を取り消します。 ・助成金の交付を受けた後に取消し事由が判明したときは、交付した助成金相当額の金額又は一部を返還していただきます。

不交付決定の場合

不交付の理由	
--------	--