（別紙２）

代理受領に関する同意書

施設所在地＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

施 設 名 称 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

私は、甲斐市から支給を受ける甲斐市特定教育・保育施設等主食費及び副食費負担軽減給付金について、上記の施設が私に代わって支給を受けることに同意します。

年　　月　　日

住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（子ども氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）