

多度津町立小・中学校第3子以降学校給食費無償化申請書

令和6年●月●日

(宛先) 多度津町長

多度津町立小・中学校第3子以降学校給食費無償化事業実施要綱第6条の規定により、学校給食費の無償化の適用を受けたいので、次のとおり申請します。

申請者 (保護者)	ふりがな	たどつ たろう
	氏名	多度津 太郎
	住所	〒764-8501 多度津町栄町三丁目3番95号
	電話番号	(日中連絡先) 090-1234-5678
	E-mail	kyouiku@town.tadotsu.lg.jp (任意)

※上記電話番号で連絡が取れない場合はメールにて連絡する場合があります。

※ 多度津町立小・中学校に在籍していない子にをしてください

扶養している子の状況 (申請年度において扶養をしている全ての子(未就学児を除く。)を記入してください。)				
	ふりがな	生年月日	在学している学校・学年 (多度津町立小・中学校在学者のみ)	被保険者証 添付※1
第1子	たどつ いちろう 多度津 一郎	平成 令和 17年5月5日	学校 年	<input checked="" type="checkbox"/>
第2子	たどつ はなこ 多度津 花子	平成 令和 22年6月6日	多度津町立多度津中 1 学校 年	<input type="checkbox"/>
第3子	たどつ じろう 多度津 二郎	平成 令和 26年7月7日	多度津町立〇〇小 3 学校 年	<input type="checkbox"/>
第4子	たどつ ももこ 多度津 桃子	平成 令和 28年8月8日	多度津町立〇〇小 1 学校 年	<input type="checkbox"/>
第5子		平成 令和 年 月 日	学校	<input type="checkbox"/>
第6子		平成 令和 年 月 日	年	<input type="checkbox"/>

※ 未就学の子については記載は不要です

※1 健康保険証の写し等の子を扶養していることを証明することができる書類を裏面に貼り付けし、チェックを入れてください。ただし、多度津町立小・中学校で学校給食を受けている児童・生徒の写しは必要ありません。

※2 無償化の対象となる児童及び生徒は、扶養している子のうち年齢が高い方から数えて3番目以降で、かつ、多度津町立小・中学校で学校給食を受けている児童・生徒です。

(裏面に続く。)

「多度津町使用欄(以下の欄は記入しないでください)」

申請	記入不要	開始日
<input type="checkbox"/> 適		日

扶養事実等申立書及び同意書

必ず自署にて記入をお願いします。

※ 申請者と同名のこと。

- 1 この申請書に記載の子を扶養していることに相違ありません。
- 2 この申請書及び添付書類の内容を確認するため、私及び私の属する世帯の同意をします。
このことについては、私の属する世帯員の同意を得ています。

- (1) 住民基本台帳の住民票の記載情報及び生活保護・就学援助の受給状況等の情報を多度津町が確認すること。
- (2) 学校給食費に関する支援の受給状況等を多度津町及び関係市町村において調査・確認をすること（市外からの転入の場合等）。

多度津 太郎

申請者【保護者】氏名

※表面に記載している申請者（保護者）が必ず自署してください。

【被保険者証（健康保険者証）の写し等 貼付欄】

※ 表面に「扶養している子」として記載した子の被保険者証（健康保険証）の写し（コピー）等を貼り付けてください。ただし、多度津町立小・中学校で学校給食を受けている児童・生徒の被保険者証の写しの添付は不要です。

※ 写しを貼り付ける際は、重ならないように貼り付けていただくようお願いします。

健康保険 被保険者証		家族（被扶養者）	00
記号	番号	(枝番)	令和〇年〇月〇日交付
氏名	多度津 一郎		
生年月日	平成17年5月5日		
資格取得日	平成17年5月5日		
被保険者氏名	多度津 太郎		
事業所名称	株式会社〇〇〇〇		
保険者番号			
保険者名称	〇〇〇〇保険		
保険者所在地	〇〇市〇〇町〇〇番地		

※ 申請書表面で被保険者証添付に☑をした子について、有効な健康保険証の写し（コピー）を添付してください（複数貼り付ける場合は、互いが重ならないようご注意ください）。

※ 保険者番号、被保険者記号・番号・(枝番)、QRコードは、個人情報保護のため、見えないようにマスキング処理をお願いします。

マスキング処理方法

【コピー前】付箋、マスキングテープ、紙など

【コピー後】黒マーカーペン、修正テープなど