

確認済

年度宇多津町第3子以降学校給食費無償化事業申請書

年 月 日

宇多津町教育委員会教育長 様

申請者 住所

フリガナ  
氏名

電話番号

申請者は保護者となるため、保護者の住所・氏名・電話番号を記入

宇多津町学校給食費無償化事業対象生徒等として下記のとおり申請します。

1 学校給食費無償の対象となる児童または生徒 ※1

町立学校に在籍している子を記入

	フリガナ	生年月日（和暦）	在籍小中学校	学年・組	被保険者証 添付※2	教育委員会 使用欄 補助の決定
	氏名					
1		H 年 月 日 歳 R	鞆	年組	<input type="checkbox"/>	<del>決・否</del>
2		H 年 月 日 歳 R	鞆	年組	<input type="checkbox"/>	
3		H 年 月 日 歳 R	鞆	年組	<input type="checkbox"/>	

2 扶養している子の状況（上記表1に記入した子より年齢が上の子。）

	フリガナ	生年月日（和暦）	続柄	学校、学年等 （学生の場合記入）	被保険者証 添付※2	教育委員会 使用欄
	氏名					
1		S 年 月 日 歳 H R			<input type="checkbox"/>	<del><input type="checkbox"/></del>
2		S 年 月 日 歳 H R			<input type="checkbox"/>	
3		当該学校に在籍している子より年が上で扶養している子について記入			<input type="checkbox"/>	
4		H 年 月 日 歳 R			<input type="checkbox"/>	

※1 無償化の対象となる児童・生徒は、扶養している子のうち、年齢が上から数えて3番目以降で、かつ、町立小中学校で学校給食の提供（アレルギー等の関係で弁当を喫食する児童生徒を含む）を受けている児童生徒です。

※2 上記表1・2で扶養している子の被保険者証（健康保険証）の写しを裏面に添付貼り付けし、チェックを入れてください。

（裏面に続く）

3 無償化発生日

年 月 日

### 申立書兼同意書

- 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。
- この申請書及び添付書類の内容を確認するため、私及び世帯員に関し次の事項について同意します。このことについては世帯員の同意を得ています。

住民基本台帳の住民票の記載情報、税金の扶養控除及び学校給食費に関する受給状況等の情報を宇多津町教育委員会が関係部局（他市区町村からの転入の場合当該市区町村を含む）に調査確認すること。

続柄	フリガナ	続柄	フリガナ
	氏名（保護者1）		氏名（保護者2）

扶養者が複数いる（例：父親と母親にそれぞれ被扶養児童がいる）場合、2人とも自署してください。

保護者氏名は自署してください。

### 【被保険者証（健康保険証）の写し 貼り付け欄】

※表面1、2に記載した子の被保険者証（健康保険証）の写し（コピー）を貼り付けてください。  
 ※写しを貼り付ける際は、重ならないように貼っていただくようお願いします。

### 【保険証の取り扱いについて】

健康保険証を貼付する際は、個人情報保護のため、「記号」「番号」「枝番（ある場合）」「保険者番号」「QRコード（ある場合）」についてマスキングをしていただくようお願いします。

健康保険 家族（被扶養者）  
 被保険者証 令和〇年〇月〇日交付

氏名 給食 一郎

生年月日 平成××年××月××日

認定年月日 平成××年××月××日

被保険者氏名 給食 太郎

事業所氏名 株式会社〇〇〇

保険者番号

保険者氏名 〇〇〇保険協会

印

健康保険 家族（被扶養者）  
 被保険者証 令和〇年〇月〇日交付

氏名 給食 二郎

生年月日 平成××年××月××日

認定年月日 平成××年××月××日

被保険者氏名 給食 太郎

事業所氏名 株式会社〇〇〇

保険者番号

保険者氏名 〇〇〇保険協会

印

扶養している子について全員分の健康保険証を貼付する。