

＜記入例＞

四街道市第3子以降学校給食費補助金交付申請書兼同意書

令和 年 月 日

(あて先) 四街道市長

申請者 (保護者)	ふりがな	よつかいどう たろう
	氏名	四街道 太郎
	住所	〒284-0003 四街道市鹿渡 2001-10
	電話番号	043-424-8925

四街道市第3子以降学校給食費補助金交付要綱第5条第1項の規定に基づき、次のとおり第3子以降の学校給食費の補助を申請します。

扶養している子の状況（子の年齢を問わず全ての扶養している子を記入してください。）					
	ふりがな 氏名	生年月日 (和暦)	在学している学校 (四街道市立学校のみ記載)	学年	市 使用欄
1	よつかいどう いちろう 四街道 一郎	平成 15 年 4 月 2 日		年	<input type="checkbox"/>
2	よつかいどう はなこ 四街道 花子	平成 17 年 5 月 1 日		年	<input type="checkbox"/>
3	よつかいどう じろう 四街道 次郎	平成 20 年 6 月 1 日	四街道北中学校	2 年	<input type="checkbox"/>
4	よつかいどう つぎこ 四街道 次子	平成 26 年 7 月 1 日	中央小学校	2 年	<input type="checkbox"/>
5		年 月 日		年	<input type="checkbox"/>
6		年 月 日		年	<input type="checkbox"/>
7		年 月 日		年	<input type="checkbox"/>

※1 全ての扶養している子の被保険者証（健康保険証）の写しを裏面に貼り付けしてください。

※2 補助を受けることができる児童又は生徒は、扶養している子のうち、年齢の高い方から数えて3番目以降で、かつ、市内の小学校及び中学校で学校給食の提供を受けている子です。

(裏面に続く)

[四街道市使用欄（以下の欄は記入しないでください。）]

申請書確認	扶養確認	生保受給	就援受給	滞納	補助開始月
<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	年 月

扶養事実等申立書及び同意書

- 私が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。また、四街道市学校給食費について、滞納はありません。
- この申請書及び添付書類の内容を確認するため、私及び私の属する世帯員の以下の事項について同意します。なお、このことについて私の属する世帯員の同意を得ています。
 - 住民基本台帳の住民情報及び生活保護・就学援助その他国又は地方公共団体の負担する給付状況等の情報を四街道市が確認すること。
 - 学校給食費に関する支援の受給状況等を四街道市で調査・確認をすること。(市外からの転入の場合)
- 第3子以降学校給食費補助金にかかる実績報告及び請求に関する権限を市長に委任し、並びに交付をうけるべき補助金と当該交付を受けるべき補助金の対象となる期間において負担すべき学校給食費とを市長が相殺することに同意します。

申請者氏名 **四街道 太郎**

※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(健康保険証)の写し 貼り付け欄】

健康保険 家族(被扶養者) 0000000
被保険者証 令和〇年 4月 〇日 交付

記号 [] 番号 []

氏名 **四街道 一郎**
生年月日 平成15年4月2日
性別 男
認定年月日 令和〇〇年〇〇月〇〇日
被保険者氏名 四街道 太郎

事業者名称 株式会社〇〇〇〇〇

保険者番号 []
保険者名称 全国健康保険者協会〇〇支部
保険者所在地 □□市〇〇-〇〇〇 **印**

健康保険 家族(被扶養者) 0000000
被保険者証 令和〇年 4月 〇日 交付

記号 [] 番号 []

氏名 **四街道 花子**
生年月日 平成17年5月1日
性別 男
認定年月日 令和〇〇年〇〇月〇〇日
被保険者氏名 四街道 太郎

事業者名称 株式会社〇〇〇〇〇

保険者番号 []
保険者名称 全国健康保険者協会〇〇支部
保険者所在地 □□市〇〇-〇〇〇 **印**

健康保険 家族(被扶養者) 0000000
被保険者証 令和〇年 4月 〇日 交付

記号 [] 番号 []

氏名 **四街道 次郎**
生年月日 平成20年6月1日
性別 男
認定年月日 令和〇〇年〇〇月〇〇日
被保険者氏名 四街道 太郎

事業者名称 株式会社〇〇〇〇〇

保険者番号 []
保険者名称 全国健康保険者協会〇〇支部
保険者所在地 □□市〇〇-〇〇〇 **印**

健康保険 家族(被扶養者) 0000000
被保険者証 令和〇年 4月 〇日 交付

記号 [] 番号 []

氏名 **四街道 次子**
生年月日 平成26年7月1日
性別 男
認定年月日 令和〇〇年〇〇月〇〇日
被保険者氏名 四街道 太郎

事業者名称 株式会社〇〇〇〇〇

保険者番号 []
保険者名称 全国健康保険者協会〇〇支部
保険者所在地 □□市〇〇-〇〇〇 **印**