

別記第1号様式（第5条関係）

【町立学校用】

## 一宮町学校給食費補助金交付申請書

（あて先）一宮町長

令和 5 年 4 月 1 0 日

申請者氏名は、  
裏面の「扶養事実申立書及び同意書」、貼付の保険証の被保険者と同じ氏名を記入してください。

|        |                                                    |
|--------|----------------------------------------------------|
| ふりがな   | きゅうしょく たろう                                         |
| 保護者氏名  | 給 食 太 郎<br><small>本人が手書きしない場合は、記名押印してください。</small> |
| 住 所    | 一宮町一宮 ○○番地                                         |
| 電話番号   | - ○○ - ○○○○<br>(日中連絡先)<br>○○○ - ○○○- ○○○           |
| E-mail | ○○○@○○○.○○.jp                                      |

一宮町学校給食費補助金交付要綱第5条第2項の規定に基づき、下記のとおり学校給食費の補助を申請します。

| 扶養している子等の状況（申請年度における未就学児を除く全ての扶養している子を記入してください。） |                                                  |                          |                       |     |                                     |          |
|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------|-----|-------------------------------------|----------|
|                                                  | ふりがな<br>氏 名                                      | 生年月日                     | 在籍している学校<br>(小・中学校のみ) | 学年  | 被保険者証<br>添付※1                       | 町<br>使用欄 |
| 1                                                | きゅうしょく いちろう<br>給 食 一 郎                           | S<br>H 15 年 ○ 月 ○ 日<br>R |                       | 年   | <input checked="" type="checkbox"/> |          |
| 2                                                | きゅうしょく じろう<br>給 食 次 郎                            | S<br>H 18 年 ○ 月 ○ 日<br>R |                       | 年   | <input checked="" type="checkbox"/> |          |
| 3                                                | きゅうしょく はなこ<br>給 食 花 子                            | S<br>H 20 年 ○ 月 ○ 日<br>R | 一宮中学校                 | 3 年 | <input type="checkbox"/>            |          |
| 4                                                | きゅうしょく さぶろう<br>給 食 三 郎                           | S<br>H 23 年 ○ 月 ○ 日<br>R | 一宮小学校                 | 6 年 | <input type="checkbox"/>            |          |
| 5                                                | この記入例の場合、<br>3と4に記載された児童生徒が<br>学校給食費無償化の対象になります。 |                          |                       | 年   | <input type="checkbox"/>            |          |
| 6                                                |                                                  |                          |                       | 年   | <input type="checkbox"/>            |          |
| 7                                                |                                                  | S<br>H 年 月 日<br>R        |                       | 年   | <input type="checkbox"/>            |          |

※1 「扶養している子等」として記載した子の被保険者証（健康保険証）の写しを裏面に貼り付けし、チェックを入れてください。扶養している子等のうち、町立学校に在籍している児童等の被保険者証の写しは必要ありません。

[町使用欄（以下の欄は記入しないでください。）]

|                                                       |                                                       |                                                       |                                                       |                                                       |                                                       |                                                       |        |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------|
| 滞納の有無                                                 | 生保受給                                                  | 就学受給                                                  | 奨励受給                                                  | 区域外就学                                                 | 特例対応                                                  | 無償化可否                                                 | 無償化決定日 |
| <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <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 日  |

（裏面に続く）

## 扶養事実申立書及び同意書

- 1 この申請書に記載の子等を扶養していることに相違ありません。
- 2 この申請書およ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。
  - (1) 住民基本台帳の住民情報及び生活保護・就学援助・特別支援教育就学奨励費の受給状況、学校給食費の収納状況等の情報を町が確認すること。
  - (2) 学校給食費に関する支援の受給状況等を町が調査・確認すること。(町外からの転入等の場合等)
- 3 一宮町学校給食費補助金に係る補助金の請求、受領及び管理運用の権限を対象となる児童等の在籍する学校長に委任します。(※国又は地方公共団体の負担において、学校給食費の全部又は一部について給付を受けている場合や特例対応者の場合は委任は不要です。)

扶養事実申立書及び同意書は、記載している申請者(保護者)が必ず自署してください。

申請者氏名 給 食 太 郎

※扶養事実申立書及び同意書は、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】

- ※ 表面に「扶養している子等」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)を張り付けてください。  
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)」について黒塗りするようにしてください。  
なお、町立学校に在籍している児童等の被保険者証の写しの添付は必要ありません。
- ※ 被保険者または組合員の氏名が、申請者と同じであることを確認してください。
- ※ 国民健康保険に加入し、保険証の世帯主の氏名と本申請書の申請者名が異なる場合は保険証の写しではなく、確定申告書または源泉徴収票の写しを張り付けてください。
- ※ 写しは、重ならないように貼り付けてください。  
この申請書に貼り切れない場合は、写しを申請書に添えて提出してください。

### 【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。

※上記項目以外はマスキングしないようお願いいたします。

| 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    |                  |
| 記号            | 番号 (枝番)          |
| 氏名            | 給食 一郎            |
| 生年月日          | 平成 11 年 8 月 21 日 |
| 認定年月日         | 平成 11 年 8 月 21 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         | 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇      |
| 保険者氏名         | 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇      |
| 保険者所在地        | 千葉県千葉市〇〇         |

| 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    |                  |
| 記号            | 番号 (枝番)          |
| 氏名            | 給食 次郎            |
| 生年月日          | 平成 11 年 8 月 21 日 |
| 認定年月日         | 平成 11 年 8 月 21 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         | 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇      |
| 保険者氏名         | 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇      |
| 保険者所在地        | 千葉県千葉市〇〇         |