

第 3 子以降学校給食費減免申請書

年 月 日

(あて先) 白子町長 様

申請者 (保護者)	ふりがな	
	保護者氏名	本人が手書きしない場合は、記名押印してください。
	住所	
	電話番号	(日中連絡先) - - - -

白子町第三子以降学校給食費減免実施要綱第 4 条の規定により、次のとおり学校給食費の減免を申請します。

申請理由	子を 3 人以上扶養しており、第 3 子以降の子が白子町立小・中学校で学校給食の提供を受けているため。					
扶養している子の状況 (子の年齢を問わず扶養している子を全て記入してください。)						
	ふりがな	生年月日 (和暦)	在学している学校 (白子町立小・中学校のみ)	学年	被保険者証 添付※1	白子町 使用欄
	氏名					
1		S H R 年 月 日		年	<input type="checkbox"/>	
2		S H R 年 月 日		年	<input type="checkbox"/>	
3		S H R 年 月 日		年	<input type="checkbox"/>	
4		S H R 年 月 日		年	<input type="checkbox"/>	
5		S H R 年 月 日		年	<input type="checkbox"/>	
6		S H R 年 月 日		年	<input type="checkbox"/>	
7		S H R 年 月 日		年	<input type="checkbox"/>	
8		S H R 年 月 日		年	<input type="checkbox"/>	

※1 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。

ただし、白子町立小・中学校で学校給食の提供を受けている子の写しは必要ありません。

※ 減免の対象となる児童・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、白子町立小・中学校で学校給食の提供を受けている子です。

[白子町使用欄 (以下の欄は記入しないでください。)]

	学校給食費負担者	滞納の有無	生保受給	就援受給	減免可否	減免決定日
<input type="checkbox"/>	申請者と同一	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□決 □否	年 月 日
<input type="checkbox"/>	その他 ()					

(裏面に続く)

扶養事実申立書

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。

申請者氏名 _____

同意書

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。

- (1) 住民基本台帳の住民情報及び生活保護・就学援助の受給状況等の情報を白子町が確認すること。
- (2) 町民税等に関する課税状況を白子町が確認すること。
- (3) 学校給食費に関する支援の受給状況等を白子町と関係市町村の間で調査・確認すること。(町外からの転入の場合等)

申請者氏名 _____

※扶養事実申立書、同意書ともに、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】

※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）を貼り付けてください。

ただし、白子町立小・中学校で学校給食の提供を受けている児童・生徒の被保険者証の写しの添付は必要ありません。

※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。