

八街市第3子以降学校給食費減免申請書

令和●年●月●日

八街市長 様

申請者 住所 八街市八街へ199-1060(保護者) 氏名 八街 太郎(日中の連絡先) 電話番号 ●●●●(●●●●)●●●●

八街市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子以降の子が八街市立学校で学校給食の提供を受けているため。					
	保護者が扶養している子の状況（※1）					
	フリガナ 氏名	生年月日	在籍している学校	学年	添付書類 （※2）	無料 対象
1	八街 花子	平成●年●月●日	八街市立小中学校に 在籍していない	年	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	八街 一郎	平成●年●月●日	八街市立小中学校に 在籍していない	年	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	八街 二郎	平成●年●月●日	八街○中学校	●年	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	八街 三郎	平成●年●月●日	八街○小学校	●年	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5		年 月 日		年	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6		年 月 日		年	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7		年 月 日		年	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

八街市
使用欄

※1 減免の対象となるのは、記入いただいた子のうち年齢の高い方から数えて3番目以降の八街市立小・中学校に通う子です。

※2 子が保護者に扶養されていることを確認するため、被保険者証（健康保険証）の写しを裏面に添付し、添付した子の欄にを記入してください。ただし、義務教育期間にある子は添付不要です。

扶養事実確認欄

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。

申請者自書 八街 太郎

同意欄

この申請書の内容を確認するため、市が保有する情報を利用し、又は関係機関に照会をすることに異存ありません。なお、このことについて世帯員の同意を得ています。

申請者自書 八街 太郎

【八街市使用欄（以下の欄は記入しないでください。）】

保護者	要保護	準要保護	減免可否	減免決定日
<input type="checkbox"/> 申請者と同一	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 可	年 月 日
<input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 否	

裏

【保険証の取扱いについて】

健康保険証を張る際は、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

被保険者証

家族（被扶養者）

令和〇年〇月〇日交付

記号 [マスキング] 番号 [マスキング] (枝番) [マスキング]

氏名 八街 花子
生年月日 平成〇年〇月〇日
認定年月日 平成〇年〇月〇日
被保険者氏名 八街 太郎

事業所氏名 株式会社〇〇〇
保険者番号 [マスキング]
保険者氏名 〇〇保険協会
保険者所在地 千葉県〇〇市〇〇

印

健康保険

被保険者証

家族（被扶養者）

令和〇年〇月〇日交付

記号 [マスキング] 番号 [マスキング] (枝番) [マスキング]

氏名 八街 一郎
生年月日 平成〇年〇月〇日
認定年月日 平成〇年〇月〇日
被保険者氏名 八街 太郎

事業所氏名 株式会社〇〇〇
保険者番号 [マスキング]
保険者氏名 〇〇保険協会
保険者所在地 千葉県〇〇市〇〇

印