

記入例

坂出市立中学校第3子以降学校給食費無償化申請書

記入日

令和〇年〇〇月〇〇日

(宛先) 坂出市長

坂出市立小・中学校第3子以降学校給食費無償化実施要綱第5条の規定により、令和5年度の学校給食費の無償化の適用を受けたい。①審査過程における連絡先、決定通知書上の保護者名となります。

申請者 (保護者)	フリガナ	サカイデ タロウ		
	氏名	坂出 太郎		
	住所	〒762-8601 坂出市室町二丁目3番5号		1
	電話番号	(日中の連絡先) 0877-44-5024		
	E-mail	(メールアドレスの記入は任意です)		

※上記電話番号で連絡が取れない場合メールにて連絡することがあります。

扶養している子の状況 (申請年度において扶養をしている全ての子(未就学児を除く)を記入してください。)				
フリガナ 扶養している子の氏名	生年月日	在学している学校・学年 (坂出市立小・中学校在学者のみ 記載) ※在学予定の学校・学年	被保険者 証添付※1	
2 サカイデ イチロウ 坂出 壱郎	平成13年5月7日	3 ( 学校 年)	<input checked="" type="checkbox"/>	
サカイデ ハルナ 坂出 春菜	平成18年5月16日	( 学校 年)	<input checked="" type="checkbox"/>	
サカイデ ナツミ 坂出 夏美	平成20年6月14日	無償化対象者 坂出市立〇〇中学校 (3年)	<input checked="" type="checkbox"/>	
サカイデ ジロウ 坂出 弉郎	平成20年6月14日	無償化対象者 坂出市立〇〇中学校 (1年)	<input checked="" type="checkbox"/>	
第5子		学校 (年)	<input checked="" type="checkbox"/>	
第6子	年 月 日	学校	<input type="checkbox"/>	

※1 健康  
※2 無償  
てい

②氏名欄は年齢が上のお子様から順に記入して下さい。

なお、小学校以下のお子様については、記入の必要がありません。

できる書類  
方から数え  
「  
」  
無

③お子様の在学している坂出市立中学校および学年欄は、申請する年度の学校・学年を記入して下さい。

食を受け

扶養事実等申立書および同意書

- 1 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。
- 2 この申請書および添付書類の内容を確認するため、私および私の属する世帯員に関し、次の事項について同意します。  
このことについては、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票の記載情報および生活保護・就学援助の受給状況等の情報を **坂出市**が確認すること
- (2) 学校給食費に関する支 ④扶養事実等申立書および同意書には、表面の申請者  
認をすること（市外か (保護者) と同一の方が、必ず自署にて氏名を記入し  
て下さい。

4

申請者（保護者）氏名 **坂出 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。

5

【被保険者証（健康保険証）の写し等 貼り付け欄】

健康保険 家族（被扶養者）

被保険者証

氏名 坂出 壱郎  
生年月日 平成13年5月 7日  
性別 男  
資格取得日 平成13年5月7日  
被保険者名 坂出 太郎  
被保険者番号 1 2 3 4 5 6

⑤申請書表面でご記入いただいたお子様について、有効な健康保険証の写し（コピー）を添付してください。

※記入例では2名分の健康保険証の写しの添付ですが、申請書表面でご記入いただいたお子様全員の健康保険証の写し（コピー）を添付してください。

健康保険 家族（被扶養者）

被保険者証

氏名 坂出 春菜  
生年月日 平成18年5月16日  
性別 女  
資格取得日 平成18年5月16日  
被保険者名 坂出 太郎  
被保険者番号 1 2 3 4 5 6

○未就学のお子様、申請者（保護者）の保険証の添付は不要です。

○保険証裏面の添付は不要です。

○複数張り付ける場合には、この用紙の裏面に張り付けていただき、お互いが重ならないようご注意ください。

※坂出夏美・坂出弉郎・坂出秋絵の健康保険証の写し（コピー）は別紙に添付