

第1号様式（第5条第1項）

学校給食費無償化事業給付認定申請書

大網白里市長 様

令和 年 月 日申請

申請者	住所	〒 — —	受付印
	電話番号	(日中連絡先) — — — —	
	氏名	印 <small>※本人が自筆の場合は押印省略可</small>	

大網白里市学校給食費無償化事業実施要綱第5条第1項の規定により、次のとおり申請します。

申請理由	子を3人以上扶養しており、学校給食費の滞納がなく、第3子以降の子が大網白里市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（未就学児を除く。）を全て記入してください。）						
	ふりがな 氏名	生年月日	在籍している学校 (大網白里市立学校のみ)	学年	被保険者証 添付※1	大網白里市 使用欄
1	-----	昭平令 年 月 日	学校	年	<input type="checkbox"/>	
2	-----	昭平令 年 月 日	学校	年	<input type="checkbox"/>	
3	-----	昭平令 年 月 日	学校	年	<input type="checkbox"/>	
4	-----	昭平令 年 月 日	学校	年	<input type="checkbox"/>	
5	-----	昭平令 年 月 日	学校	年	<input type="checkbox"/>	
6	-----	昭平令 年 月 日	学校	年	<input type="checkbox"/>	
7	-----	昭平令 年 月 日	学校	年	<input type="checkbox"/>	
8	-----	昭平令 年 月 日	学校	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付けし、チェックを入れてください。ただし、大網白里市立小中学校に在籍している子の写しの添付は不要です。

[大網白里市使用欄（以下の欄は記入しないでください。）]

申請者（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"/> 保護者等 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<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"/> 決 <input type="checkbox"/> 否	年 月 日

(裏面に続く)

扶養事実申立書兼同意書兼誓約書

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。  
また、以下の事項について同意及び誓約します。

- 1 申請内容に変更が生じた場合は、速やかに大網白里市教育委員会に連絡します。
- 2 給付費の請求に関する権限、当該給付費に係る児童又は生徒が在籍する市立小中学校が受領すること、その際の一切の事務を当該児童生徒が在籍する学校長に委任します。
- 3 給付費と給付が認められた期間において負担すべき学校給食費とを学校長が相殺することに同意します。
- 4 決定の取消しが生じたときは、給付費に相当する額の返還請求に速やかに応じます。

《申請者氏名》 \_\_\_\_\_ 印

※本人が自筆の場合は押印省略可

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大網白里市が確認すること。
- (2) 市民税等に関する課税状況を大網白里市が確認すること。
- (3) 学校給食費に関する支援の受給状況等を大網白里市と関係市区町村間で調査・確認すること（市外からの転入の場合等）。

《申請者氏名》 \_\_\_\_\_ 印

※本人が自筆の場合は押印省略可

※上記の「扶養事実申立書兼同意書兼誓約書」、「同意書」とともに、表面に記載している申請者が、その内容について確認及び承諾してください。

《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、大網白里市立学校に在籍する児童生徒の被保険者証の写し（コピー）の添付は必要ありません。

※写しを貼付ける際は、健康保険証に記載された内容がすべて確認できるように貼っていただくようお願いします。

その際は、健康保険証の被保険者の記号番号及び保険者番号の箇所を黒塗りしてください。