

香取市学校給食費減免申請書

年 月 日

香取市教育委員会 様

学校給食費の免除を受けたいので、香取市学校給食費徴収規則第9条第1項の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

また、学校給食費の免除要件を審査するため、香取市が保有する情報を利用し世帯の状況、扶養の状況、就学援助の受給状況を確認することについて承諾します。

| 申請者（保護者氏名） | 住 所 | 電 話 |
|---|------------------|--|
| 香取 ○○ <small>本人が手書きしない場合は、記名押印してください</small> | 市 ○○市○○ ○○○番地 | ○○○-○○-○○○○ (日中連絡先) ○○○○-○○-○○○○ |
| 香取 ○○ <small>本人が手書きしない場合は、記名押印してください</small> | 市 ○○市○○ ○○○番地 | ○○○-○○-○○○○ (日中連絡先) ○○○○-○○-○○○○ |

| | |
|------|--|
| 申請理由 | <p>該当する理由に○をつけてください。（いずれにも該当する場合は、両方に○をつけてください）</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 小学6年生又は中学生の子が、香取市立学校で給食の提供を受けているため 2. 3人以上の子を扶養しており、扶養している子のうち、年齢が上から数えて第3番目以降の子が香取市立学校で学校給食の提供を受けているため 3. その他（ ） |
|------|--|

扶養している子の状況：未就学児を除いた扶養している子を全て記入

| | ふりがな 氏 名 | 生年月日 | 在籍している学校 (香取市立学校の み) | 学年 | ※1 被保険 者証添付 | ※2 免除対象者 に○ |
|---|----------------|--------------|----------------------------|--------|-------------------------------------|----------------|
| 1 | かとり ○○ 香取○○ | S 19年○月○日 | | 年 | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 2 | かとり ○○ 香取○○ | S 22年○月○日 | ○○中学校 | 2 年 | <input type="checkbox"/> | ○ |
| 3 | かとり ○○ 香取○○ | S 24年○月○日 | ○○小学校 | 6 年 | <input type="checkbox"/> | ○ |
| 4 | かとり ○○ 香取○○ | S 29年○月○日 | ○○小学校 | 1 年 | <input type="checkbox"/> | ○ |

4月以降の新しい学年で記入してください

- ◆ 扶養している子のうち市立学校に在籍の子が「小学6年生・中学生」で、かつ扶養している子の「第3子以降の子」である場合
- ➡ 申請理由の1と2の両方に該当しますので、両方に○をつけたうえで、卒業しているお子さんも含め扶養している全てのお子さんを記入して下さい（未就学児は除く）。
 - ・氏名欄は、年齢の上の子から順番に記入してください。
 - ・令和6年4月より就職等で扶養から外れる場合は記入しないでください。

※1 添付書類：扶養を証明する書類（健康保険証の写し）
裏面に貼り付けし、表にチェックを入れてください。
香取市立学校で学校給食の提供を受けている子は添付不要です。

※2 免除対象者については○をつけてください。

※3 電子申請の場合はマイナンバーカードで本人確認しますので申請者欄の押印は不要です。

【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、香取市立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り付けてください。

| | | |
|---------------|---------------|-------|
| 健康保険 健康保険証 | 家族(被扶養者) | 00000 |
| 記号 | 令和 ○年 ○月 ○日交付 | 番号 |
| 氏名 | 香取 花子 | |
| 生年月日 | 平成 20年 1月 1日 | |
| 認定年月日 | 平成 20年 1月 1日 | |
| 被保険者氏名 | 香取 太郎 | |
| 事業者名称 | 株式会社○○○○○ | |
| 保険者番号 | | |
| 保険者氏名 | ○○○○○保険協会 | |
| 保険者所在地 | ○○市○○ | |
| | | 印 |

| | | |
|---------------|---------------|-------|
| 健康保険 健康保険証 | 家族(被扶養者) | 00000 |
| 記号 | 令和 ○年 ○月 ○日交付 | 番号 |
| 氏名 | 香取 花子 | |
| 生年月日 | 平成 20年 1月 1日 | |
| 認定年月日 | 平成 20年 1月 1日 | |
| 被保険者氏名 | 香取 太郎 | |
| 事業者名称 | 株式会社○○○○○ | |
| 保険者番号 | | |
| 保険者氏名 | ○○○○○保険協会 | |
| 保険者所在地 | ○○市○○ | |
| | | 印 |