

別記

第1号様式(第4条第1項)

# 記入例

提出日をご記入ください。

第3子以降学校給食費補助金交付申請書兼同意書兼委任状

令和5年4月17日

習志野市教育委員会教育長 宛て

申請者はどちらの保護者でも構いません。  
住所・電話番号もご記入ください。

申請者(保護者)	フリガナ	ナラシノ	タロウ
	保護者氏名	習志野	太郎
	住所	〒 275 - 0014	
		習志野市鷺沼2丁目1番1号	
電話番号	047 - 451 - 1133		

日中の連絡が取れる電話番号を記入してください。

習志野市第3子以降学校給食費補助金交付要綱第4条第1項の規定に基づき、次のとおり第3子以降の学校給食費に係る補助金の交付を申請します。

扶養している子の状況(扶養している子を記入してください[就学前のお子様は除く])

	フリガナ		生年月日	在籍している学校 (習志野市立学校のみ)	学年	被保険者証 添付※	備考
	氏	名					
1	ナラシノ	イチロウ	平成 20年 1月12日		年	<input checked="" type="checkbox"/>	
	習志野	一郎					
2	ナラシノ	ジロウ	平成 22年 3月25日	第一中学校	2年	<input type="checkbox"/>	
	習志野	二郎					
3	ナラシノ	サブロウ	平成 23年 5月10日	谷津小学校	6年	<input type="checkbox"/>	◎
	習志野	三郎					
4			平成 年 月 日		年	<input type="checkbox"/>	
5			平成 年 月 日		年	<input type="checkbox"/>	

備考

- ※について、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、習志野市立小・中学校で給食の提供を受けている子の被保険者証の写しは必要ありません。**
- アレルギー等を原因として給食の提供を受けていない(牛乳のみ提供を受けている場合及び牛乳のみ提供を受けていない場合を含みます。)児童・生徒については、医師の診断書等教育長が必要と認める書類を添えてください。
- 補助金の交付の対象となる児童・生徒は、扶養されている子のうち、年齢が高い方から数えて3番目以降で、かつ、習志野市立小・中学校で給食の提供を受けている子です。
- 第3子以降となる児童・生徒については、備考欄に◎を付けてください。**
- 第1子を上記1番に記入し、以下順番に記入してください。**

下記の★の3か所に申請者の自署が必要となります

### 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。

3か所にご署名がないと補助の対象となりませんので  
必ずご記入ください。

★【申請者自署】 \_\_\_\_\_

### 同意書

- この申請書及び添付書類の内容を確認するため、次の事項について同意します。  
なお、このことについて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教育委員会と習志野市が確認すること。  
(2) 学校給食費に関する支援の受給状況等を教育委員会と習志野市で調査し、確認すること。(市外からの転入の場合等)
- 交付を受けるべき補助金を、当該交付を受けるべき補助金の対象となる期間において負担すべき学校給食費に充てることに同意します。

★【申請者自署】 \_\_\_\_\_

### 委任状

補助金に係る実績報告及び請求に関する権限を教育長に委任します。ただし、上記同意書2により補助金を学校給食費に充当した上で交付を受ける額がある場合、その部分については請求に関する権限を委任しません。

★【申請者自署】 \_\_\_\_\_




### 【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の写し（コピー）を貼り付けてください。ただし、習志野市立小・中学校で学校給食の提供を受けている子の被保険者証の写しは添付の必要ありません。  
※記号番号及び保険者番号の箇所を下記のように黒塗りにしてください。提出時に黒塗りしていない場合は、こちらで黒塗り処理を行います。

#### 健康保険 被保険者証

家族（被扶養者）


令和4年4月10日交付

記号  番号  (枝番) 

氏名 習志野 一郎  
生年月日 平成11年3月25日  
認定年月日 平成11年3月25日  
被保険者氏名 習志野 太郎



(QRコードがある場合)

事業者氏名 株式会社〇〇〇〇〇〇  
保険者番号   
保険者氏名 〇〇〇〇  
保険者所在地 千葉県習志野市〇〇

