

第1号様式（第2条第3項・第3条第3項）

木更津市学校給食費第3子以降の無償化申出書

令和6年 ○月 ○日

木更津市教育委員会 様

住所 木更津市○○ ○丁目○番○号

申請者（保護者）氏名 木更津 太郎

電話番号 0438-○○-○○○○

木更津市学校給食費管理規則第2条第3項・第3条第3項の規定により、下記のとおり申し出ます。

また、木更津市学校給食費管理規則第2条第3項各号に該当するかを確認するため、木更津市で保管する私の世帯の住民基本台帳、市税の課税資料（扶養の状況）並びに生活保護、就学援助及び特別支援教育就学奨励費の受給状況を木更津市の職員が確認することに同意します。

## 記

対象者	木更津市立○○小学校	○年 ○組	フリガナ	キサラツ ハナコ	
	生年月日	平成○年○月○日	児童・生徒氏名	木更津 花子	
扶養している子の状況 (年齢を問わず扶養している子を全て記入してください。)		氏名	生年月日	学校名	学年
	第1子	木更津 一郎	H0.0.0	○○大学	大1
	第2子	木更津 二郎	H0.0.0	○○高等学校	高3
	第3子	木更津 花子	H0.0.0	市立○○○小学校	小6
	第 子				
第 子					
対象期間	令和6年4月1日から令和7年3月31日まで				

備考 扶養している子の被保険者証（健康保険証）の写しを裏面に貼り付けしてください。ただし、木更津市立小・中学校で給食の提供を受けている子の写しは必要ありません。

## 【市記入欄】

区分	<input type="checkbox"/> 認定する <input type="checkbox"/> 認定しない				
認定年月日	年	月	日	認定番号	第 号
認定額	円			対象期間	年 月 日から 年 月 日まで

健康保険証の写し（コピー）貼付欄

※扶養している子の有効な健康保険証の写し（木更津市立小・中学校在籍者を除く。）

健康保険証

氏名 木更津 一郎

生年月日 平成〇〇年〇月〇日

健康保険証

氏名 木更津 二郎

生年月日 平成〇〇年〇月〇日

※扶養している子(年齢が上から1番目及び2番目)の有効な健康保険証の写しを添付してください。

なお、木更津市立小中学校に現に在籍している者及び小学校就学前児童・幼児の添付は不要です。