

第1号様式（第2条第3項・第3条第3項）

木更津市公立中学校給食費第3子以降の無償化申出書

令和8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、下記のとおり申し上げます。

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○○中学校	○年 ○組	フリガナ	キサラツ ハナコ	
	生年月日	平成○年○月○日	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○○○中学校	中2
	第 子				
第 子					
対象期間	令和8年4月1日から令和9年3月31日まで				

備考 扶養している子の健康保険の資格情報のわかるものの写しを裏面に貼り付けしてください。ただし、現に木更津市立中学校に在籍し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
認定対象期間	年 月 日から 年 月 日まで

健康保険の資格情報のわかるものの写し（コピー）貼付欄

※扶養している子の健康保険の資格情報のわかるものの写し（現に木更津市立中学校に在籍している子を除く。）

医療保険の資格情報		
区	分	一般
記	号	■■■■■
番	号	■■■■■
枝	番	■■■■■
フリガナ		キサラヅ イチロウ
氏名		木更津 一郎
生年月日		平成〇〇年〇月〇日
被保険者氏名又は世帯主氏名		木更津 太郎
本人家族の別		家族
保険者番号		■■■■■
保険者名		〇〇組合

医療保険の資格情報		
区	分	一般
記	号	■■■■■
番	号	■■■■■
枝	番	■■■■■
フリガナ		キサラヅ ジロウ
氏名		木更津 二郎
生年月日		平成〇〇年〇月〇日
被保険者氏名又は世帯主氏名		木更津 太郎
本人家族の別		家族
保険者番号		■■■■■
保険者名		〇〇組合

※扶養している子(年齢が上から1番目及び2番目)の健康保険の資格情報のわかるものの写しを添付してください。(個人情報保護のため、「記号」「番号」「枝番」「保険者番号」はマスキングしてください。)

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