

別 記

第1号様式（第3条関係）

### 鴨川市給食費第3子以降無償化申請書

年 月 日

（宛て）  
鴨川市長

|              |      |                          |
|--------------|------|--------------------------|
| 申請者<br>（保護者） | ふりがな |                          |
|              | 氏 名  | 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。 |
|              | 住 所  |                          |
|              | 電話番号 | （日中連絡先）<br>— —<br>— —    |

鴨川市給食費第3子以降無償化規則第3条の規定により、次のとおり給食費の無償化を申請します。  
なお、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、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。  
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、市民税の課税に係る扶養の情報及び生活保護・就学援助の受給状況等の情報を鴨川市が確認すること。  
(2) 給食費に関する支援の受給状況等を鴨川市と関係市町村の間で調査・確認すること。

申請理由 子を3人以上扶養しており、第3子以降の子が鴨川市立学校で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を全て記入してください。）

|   | ふりがな | 生年月日（和暦）          | 在学している学校<br>（鴨川市立学校のみ） | 学年 | 健康保険証<br>添付※1            | 鴨川市<br>使用欄 |
|---|------|-------------------|------------------------|----|--------------------------|------------|
|   | 氏 名  |                   |                        |    |                          |            |
| 1 |      | S<br>H<br>R 年 月 日 |                        | 年  | <input type="checkbox"/> |            |
| 2 |      | S<br>H<br>R 年 月 日 |                        | 年  | <input type="checkbox"/> |            |
| 3 |      | S<br>H<br>R 年 月 日 |                        | 年  | <input type="checkbox"/> |            |
| 4 |      | S<br>H<br>R 年 月 日 |                        | 年  | <input type="checkbox"/> |            |
| 5 |      | S<br>H<br>R 年 月 日 |                        | 年  | <input type="checkbox"/> |            |
| 6 |      | S<br>H<br>R 年 月 日 |                        | 年  | <input type="checkbox"/> |            |
| 7 |      | S<br>H<br>R 年 月 日 |                        | 年  | <input type="checkbox"/> |            |

※1 扶養している子の被保険者証（健康保険証）の写しを裏面に貼り付けし、チェックを入れてください。  
ただし、鴨川市立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。

※ 無償化の対象となる児童・生徒は、扶養している子のうち、年齢の高い方から数えて3番目以降で、かつ、鴨川市立学校で給食の提供を受けている子です。

[鴨川市使用欄（以下の欄は記入しないでください。）]

|                          |        |   |   |   |   |        |
|--------------------------|--------|---|---|---|---|--------|
|                          | 給食費負担者 | 滞納の有無   | 生保受給  | 就接受給  | 無償化可否   | 無償化決定日 |
| <input type="checkbox"/> | 申請者と同一 | <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  |
| <input type="checkbox"/> | その他（ ） |   |   |   |   |        |

（裏面に続く）

**【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、鴨川市立学校で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っていただくようお願いします。