

別 記

第 1 号様式（第 5 条関係）

申請書記入例

鴨川市給食費第 3 子以降無償化申請書

① 令和 8 年 4 月 20 日

(宛て)  
鴨川市長

申請者 (保護者)	ふりがな	かもがわ たろう ②
	氏 名	鴨川 太郎 <small>本人が手書きしない場合は、記名押印してください。</small>
	住 所	鴨川市〇〇1450 番地
	電話番号	04 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇 (日中連絡先) 〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇

鴨川市学校給食センター管理運営規則第 5 条第 2 項の規定により、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中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	氏 名	生年月日 (和暦)	在学している学校 (鴨川市立学校のみ)	学年	健康保険証 資格情報の 分かるもの 添付※1	鴨川市 使用欄
1	かもがわ いちろう	鴨川 一郎	Ⓢ Ⓜ Ⓡ 16 年 2 月 3 日		年	<input checked="" type="checkbox"/>	
2	かもがわ はなこ	鴨川 花子	Ⓢ Ⓜ Ⓡ 20 年 4 月 5 日		年	<input checked="" type="checkbox"/>	
3	かもがわ じろう	鴨川 二郎	Ⓢ Ⓜ Ⓡ 24 年 6 月 7 日	鴨川中学校	2 年	<input type="checkbox"/>	
4	かもがわ みどり	鴨川 緑	Ⓢ Ⓜ Ⓡ 28 年 8 月 9 日	鴨川小学校	4 年	<input type="checkbox"/>	
5			Ⓢ Ⓜ Ⓡ 年 月 日		年	<input type="checkbox"/>	
6			Ⓢ Ⓜ Ⓡ 年 月 日		年	<input type="checkbox"/>	
7	③		Ⓢ Ⓜ Ⓡ 年 月 日	④	年	⑤ <input type="checkbox"/>	

③氏名欄は、年齢が上のお子さんから順番に記入してください。  
 なお、未就学のお子さんについては、記入の必要はありません。

④在学している学校は、鴨川市立小中学校に在学しているお子さんのみ、学年と併せて記入してください。

⑤健康保険証資格情報の分かるものの写しは、鴨川市立小中学校で学校給食の提供を受けているお子さんについては、添付の必要はありません。

[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	就援受給	無
<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"/>
<input type="checkbox"/>	その他 ( )				

(裏面に続く)

### 【健康保険証資格情報の分かるものの写し 貼り付け欄】

※ 表面に「扶養している子」として記載した子の健康保険証資格情報の分かるものの写し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子の写しは必要ありません。

※ 健康保険証資格情報の分かるものの写しは次のいずれかを貼り付けてください。

(1) マイナポータルから印刷できる「健康保険証資格情報」

(2) 保険者から発行される「健康保険証資格情報の分かるもの」

ただし、(2)の場合は、扶養している保護者の健康保険証資格情報の分かるものの写しを併せて貼り付けてください。

※ 重ならないように貼り付けてください。

例 (1) マイナポータルから印刷した健康保険証資格情報

資格情報 令和8年2月18日時点

**資格情報をPDFで保存**

区分  
一般

記号  
[マスキング]

番号  
[マスキング]

枝番  
[マスキング]

フリガナ  
チバ ハナコ

氏名  
千葉 花子

生年月日  
平成19年4月2日

被保険者氏名又は世帯主氏名  
千葉 太郎

本人・家族の別  
家族

保険者番号  
[マスキング]

保険者名  
●●組合

#### ※注意事項

『資格情報をPDFで保存』をクリックして保存される下記の書類は、必要情報が一部載っていないため、提出書類として認めていません！

医療保険の資格情報

この画面のみでは受診できません。マイナ保険証の読み取りができない例外的な場合には、保存したPDFファイルをマイナ保険証とあわせて医療機関等の受付に提示することで受診いただけます。

2026年2月18日 時点

区	分	一般
記	号	●●●●
番	号	123456
枝	番	2
フリガナ	チバ ハナコ	
氏名	千葉 花子	
保険者番号	654321	
保険者名	●●組合	
資格取得年月日	20XX年X月X日	
被保険者氏名または世帯主氏名	千葉 太郎	
本人・家族の別	家族	

以下の情報にはマスキング（黒塗り等）をお願いします。

- ・ 保険者番号
- ・ 被保険者等記号・番号

○申請書表面で健康保険証資格情報添付にチェックを付けたお子さんについて、有効な健康保険証資格情報の分かるものの写しを添付してください。

○未就学のお子さんについては、健康保険証資格情報の写しの添付は不要です。

○複数枚貼り付ける場合は、重ならないように注意してください。