

大洲市長 様

申請者 住所
(保護者) 氏名

大洲市第3子以降給食費減免申請書

大洲市第3子以降給食費減免事業実施要綱第5条の規定に基づき、次のとおり給食費の減免を受けたいので申請します。

また、本申請に当たり、決定に必要な世帯の状況、市民税等の納付状況等について市が調査することに同意します。

1 入所児童の氏名等

フリガナ 氏名	生年月日	年齢	性別	施設名
	年 月 日	歳	男・女	

2 入所児童の世帯の状況

区分	フリガナ 氏名	入所児童 との続柄	生年月日(歳)	同居・別居 の別
入所児童		本人	年 月 日 (歳)	同居・別居
同一世帯 の子ども			年 月 日 (歳)	同居・別居
			年 月 日 (歳)	同居・別居
			年 月 日 (歳)	同居・別居
			年 月 日 (歳)	同居・別居

3 同一世帯の子どものうち、別居者の状況

氏名	同一世帯にいない場合その理由

※ 年齢は、4月1日現在の年齢を書いてください。

※ 同一世帯の子どもとは、同居の子ども及び別居していても現に保護者等が養育（資金面の援助）している子どものことです。

※ 扶養する子ども全員の健康保険証の写しを提出してください。（扶養関係の確認に必要です。）