

令和6年度【在校生用】

高松市立小・中学校第3子以降学校給食代替弁当対応者補助金交付申請書・請求書
(兼同意書・支払金口座振込依頼書)

令和〇年〇〇月〇〇日

(宛先) 高松市長

①審査過程における連絡先、決定通知書上の保護者名となります。

高松市立小・中学校第3子以降学校給食代替弁当対応者補助金交付要綱第6条の規定により、令和6年度の交付を申請します。なお、要綱第10条第2項の規定による額の確定通知を受けたときは、補助金の交付の請求をしたものとします。

申請者 (保護者)	フリガナ	タカマツ タロウ
	氏名	高松 太郎 高松
	住所	〒760-8571 高松市番町一丁目8番15号 1
	電話番号	(日中連絡先) 090-1234-5678
	E-mail	(メールアドレスの記入は任意です。)

※上記電話番号で連絡が取れない場合メールにて連絡することがあります。

扶養している子の状況 (申請年度における全ての子(未就学児を除く。)を記入してください。)			
フリガナ 扶養している子の氏名	生年月日(和暦)	在学している学校・学年 (高松市立小・中学校の場合のみ記載) ※在学予定を含む。	被保険者証 添付※1
② タカマツ ハナコ 高松 花子	H 13年2月3日 R	学 (年) 4	<input checked="" type="checkbox"/>
タカマツ イチロウ 高松 一郎	H 17年4月5日 R	学校 (年)	<input checked="" type="checkbox"/>
タカマツ ミドリ 高松 緑	H 22年6月7日 R	③ 〇〇中学校 (1年)	<input type="checkbox"/>
タカマツ ジロウ 高松 次郎	H 26年8月9日 R	〇〇小学校 (3年)	<input type="checkbox"/>
第5子	H 年 月 日 R	学校 (年)	<input type="checkbox"/>

- ②氏名欄は年齢が上のお子さまから順番に記入してください。なお、生年月日が平成30年4月2日以降の未就学のお子さまについては、記入の必要はありません。
- ③お子さまの在学している高松市立小・中学校及び学年欄は、令和6年4月時点で記入してください。
- ④高松市立小・中学校に在籍していないお子さまにチェック☑をつけてください。

「高松市使用欄(以下の欄は記入しないでください。)」

(裏面に続く)

申請書確認	扶養確認	生保受給	就援受給	減免開始日	備考
□適 □不適	□適 □不適	□有 □無	□有 □無	年 月 日	

記入不要

■口座情報

次に記載の口座に補助金を振り込むことを希望します。

金融機関名	●●● 銀行 信用金庫 信用組合 ()				金融機関コード				店名		支店コード (店番)		
	0	1	2	3	●●● 本店 支店	1	2	3					
口座番号	1	2	3	4	5	6	7	口座種別		普通・当座			
口座名義人(か)	タ	カ	マ	ツ		タ	ロ	ウ					

※ゆうちょ銀行の場合は、店名は3ケタの漢数字の支店番号を記入してください。

※振込口座の通帳やキャッシュカード等のコピーを添付してください。

扶養事実等申立書及び同意書

- 1 私が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。
- 2 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に関し、次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

(1) 住民基本台帳の住民票の記載情報
確認すること。

(2) 学校給食費に関する支援の受給状況等
を同僚市及び関係市町村において調査・確認する
こと。(市外からの転入の場合等)。

⑤扶養事実等申立書及び同意書欄には、表面の申請者(保護者)と同一の方が、必ず自署にて氏名を記入してください。

5 申請者(保護者)氏名 **高松 太郎** (※)

※表面に記載している申請者(保護者)が必ず自署してください。

【被保険者証(健康保険証)の写し等 貼り付け欄】

健康保険 家族(被扶養者)
被保険者証

6

写

タカマツ ハナコ
氏名 **高松 花子**
生年月日 平成13年2月3日
性別 女
資格取得日 令和4年4月1日
被保険者名 高松 太郎
保険者番号



⑥申請書表面で被保険者証添付に
チェック☑をつけたお子さまについて、
有効な健康保険証の写し(コピー)を添付
してください。

●保険者番号及び被保険者記号、番号並び
にQRコードは、個人情報保護のため、
見えないようにマスキング処理をお願い
します。※

○未就学のお子さま、申請者(保護者)の
保険証の添付は不要です。

○保険証裏面の添付は不要です。

○複数貼り付ける場合には、お互いが重な
らないようご注意ください。

※マスキングについて

各種番号部分が見えなくなるように覆い
隠してください。その他の部分まで隠され
ないようご注意ください。

必要なもの:

【コピーする前】

付箋、マスキングテープ、紙など

【コピーした後】

黒マーカーペン、修正テープなど

健康保険 家族(被扶養者)
被保険者証

写

記号 番号 枝番
タカマツ イチロウ
氏名 **高松 一郎**
生年月日 平成17年4月5日
性別 男
資格取得日 令和4年4月1日
被保険者名 高松 太郎
保険者番号



学校へ提出する場合

□□□□□□

令和6年度 弁当対応申請書・請求書

保護者 一年

高松 太郎 高松 緑

市へ郵送する場合

切手 □□□□□□

裏面

【書類送付先】
下記参照

高松市番町一丁目8番15号
高松 太郎

学校へ直接ご提出いただく場合、

- ① お子さまの学年（提出時点）
 - ② お子さまの氏名（第3子以降）
 - ③ 保護者氏名
 - ④ 「令和6年度 弁当対応申請書・請求書」
- 以上4点を、封筒表面にご記入ください。

郵送の場合、お子さまの氏名等を封筒に記入する必要はありませんが、裏面には住所・保護者氏名をご記入ください。下図の書類送付先を切り取って封筒にのり付けしてください。（封筒に直接ご記入いただいても構いません。）

キリトリ✂

〒760-8571

高松市番町一丁目8番15号

高松市教育委員会保健体育課
学校給食総務係 行

令和6年度 弁当対応申請書・請求書 在中