

申請書記入例
(令和6年度)

船橋市第3子以降学校給食費減免申請書

船橋市教育委員会 あて

① 令和6年 2月 1日

①記入した年月日をご記入ください。

令和6年度の学校給食費について減免を受けたいので、船橋市学校給食費に関する条例施行規則第5条第2項第1号の規定により、次のとおり申請します。

なお、この申請を審査するため、私の世帯について、必要な範囲で住民基本台帳の情報及び扶養に関する状況並びに生活保護及び就学援助の受給状況等を船橋市教育委員会が調査・確認することに同意します。

申請者（保護者等）

住所	船橋市湊町1-2-3
フリガナ 名前	フナバシ タロウ ② 船橋 太郎
電話番号	047-123-4567 / (日中連絡先) 090-1234-5678
E-mail	メールアドレスをご記入ください。

②扶養している方が、必ず自置にて記入してください。

※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（未就学児を除く、扶養している子を年齢が上から順にすべて記入してください。）

	フリガナ 氏名	生年月日	在学している学校 (船橋市立学校在学者のみ)	船橋市 使用欄
1	フナバシ イチロウ 船橋 一郎	S ① 17年 12月 3日	() 年	記 入 不 要
2	フナバシ ジロウ 船橋 次郎	S ① 19年 5月 6日	() 年	
3	フナバシ ハナコ 船橋 花子	S ① 22年 6月 7日	船橋中学校 (2) 年	
4	フナバシ サブロウ 船橋 三郎	S ① 27年 8月 9日	船橋小学校 (3) 年	
5	③	S H 年 月 日 R	④ () 年	
6	③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。		() 年	
7	③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。		() 年	
8			() 年	

④

③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。
③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。

④「在学している学校」については、船橋市立学校に在学しているお子さまのみ、令和6年4月時点の学年と併せて記入してください。

※ 扶養している子の被保険者証（健康保険証）の写しを裏面に添付貼り付けてください。

なお、船橋市立学校で学校給食の提供を受ける子の写しは必要ありません。

※ 減免の対象となる児童・生徒は、扶養している子のうち、年齢が上から数えて3番目以降で、かつ、船橋市立学校（特別支援学校の高等部を除く。）で学校給食の提供を受けている子です。

[船橋市使用欄（以下の欄は記入しないでください。）]

<input type="checkbox"/>	学校給食費負担者 申請者と同一	生保受給 []	就援受給 []	減免可否 []	減免決定月 年 月
<input type="checkbox"/>	その他 ()	記入不要		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否

裏面には添付書類の貼り付け欄があります。

(裏面に続く)

【被保険者証（健康保険証）の写し 貼り付け欄】

※表面の「扶養している子の状況」に記載した子の被保険者証（健康保険証）の写し（コピー）をここに貼り付けてください。

なお、船橋市立学校で学校給食の提供を受ける児童・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いたします。

【保険証の取り扱いについて】

健康保険証を貼付する際は、個人情報保護のため、「記号」「番号」「枝番（ある場合）」「保険者番号」「二次元コード（ある場合）」についてマスキングをしていただくようお願いします。
※上記項目以外はマスキングしないようお願いいたします。

健康保険 被保険者証 家族（被扶養者） 令和〇年〇月〇日交付 記号 [マスキング] 番号 [マスキング] (枝番) [マスキング]	健康保険 被保険者証 家族（被扶養者） 令和〇年〇月〇日交付 記号 [マスキング] 番号 [マスキング] (枝番) [マスキング]
氏名 給食 一郎 生年月日 平成11年8月21日 認定年月日 平成11年8月21日 被保険者氏名 給食 太郎	氏名 給食 次郎 生年月日 平成11年8月21日 認定年月日 平成11年8月21日 被保険者氏名 給食 太郎
事業所氏名 株式会社〇〇〇 保険者番号 [マスキング] 保険者氏名 〇〇〇保険協会 保険者所在地 千葉県千葉市〇〇	事業所氏名 株式会社〇〇〇 保険者番号 [マスキング] 保険者氏名 〇〇〇保険協会 保険者所在地 千葉県千葉市〇〇

健康保険 家族（被扶養者）
被保険者証
フナシ 仔吋
氏名 船橋 一郎
生年月日 平成17年12月3日
性別 男
認定年月日 令和5年4月1日
被保険者名 船橋 太郎

健康保険 家族（被扶養者）
被保険者証
フナシ ジ吋
氏名 船橋 次郎
生年月日 平成19年5月6日
性別 男
認定年月日 令和5年4月1日
被保険者名 船橋 太郎

○表面の「扶養している子の状況」に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。
○健康保険証の写し（コピー）は、船橋市立学校で学校給食の提供を受けるお子さまについては添付の必要はありません。
○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にご注意ください。

②

令和6年度学校給食費減免申請書

①

船橋太郎

学校へ直接ご提出いただく場合、

①保護者名

②「令和6年度 学校給食費減免申請書」
以上2点を、封筒表面にご記入ください。
なお、対象者が複数いる場合でも、申請書
は世帯で1枚にまとめて提出してください。



切手

2 7 3 8 5 0 1

船橋市湊町2-10-25

船橋市教育委員会保健体育課 行

令和6年度学校給食費減免申請書 在中

裏面

船橋市
〇〇町一―二―三
船橋太郎

郵送の場合、裏面には住所・
保護者名をご記入ください。