

学校給食費等減免申請書

年 月 日

市川市長

学校給食費の免除を受けたいので、次のとおり申請します。

また、学校給食費の免除要件を審査するため、私の世帯について、必要な範囲で住民基本台帳法に基づく記録を確認することを同意します。

1 申請者（学校給食費負担者） ※ご両親ともに連名にて署名をお願いします。

学校給食費負担者 氏名	住 所	電 話
フリガナ	市川市	
フリガナ	市川市	

※ 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

2 申請書提出先 学校名

3 学校給食費免除の対象となる児童又は生徒の氏名等

※ 上記2に記入した学校に通学する学校給食費の免除の対象となる児童又は生徒について記入してください。

No.	氏 名	学 年	生年月日	通知書番号
1	フリガナ	年	年 月 日生	
2	フリガナ	年	年 月 日生	

4 学校給食費免除の条件を満たす義務教育諸学校に在学する児童又は生徒の氏名等

※ 上記3に記入した学校給食費免除の対象となる児童又は生徒の、兄、姉（義務教育諸学校在学中の者に限る。）について、2人以上の氏名等を記入してください。（国立、県立、私立等の学校に在学する者も含む。）

No.	氏 名	在学している学校名	学 年
1	フリガナ		年
2	フリガナ		年
3	フリガナ		年