

# 【記入例】(私立)

様式第 1 号 (第 5 条関係)

令和●●年●●月●●日

深谷市長宛て

申請者 住所 深谷市●●11-1  
氏名 ▲▲ ▲▲  
児童生徒との続柄 母  
電話番号 \*\*\*-\*\*\*\*

## 深谷市学校給食費相当額給付金支給申請書兼請求書

深谷市学校給食費相当額給付金支給要綱第 5 条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、市が給付要件を確認するため、世帯全員の住民基本台帳及び学籍情報を閲覧することに同意します。

記

### 1 対象児童生徒

|                                       |                                                                   |                                                                    |                            |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| 氏名                                    | ▲▲ ▲▲ ※児童生徒氏名を記入                                                  | 生年月日                                                               | H*年*月*日                    |
| 学校名                                   | ●●学園中学校                                                           | 学年                                                                 | ●年                         |
| 対象月                                   | <input checked="" type="checkbox"/> 第1期5月分                        | 4月・5月・6月・7月・9月 ※○で囲む                                               |                            |
|                                       | <input type="checkbox"/> 第2期 月分                                   | 10月・11月・12月・1月・2月・3月                                               |                            |
| 該当要件                                  | <input type="checkbox"/> 第3条第1項第1号に該当 (対象日に係る給食の全部を停止)            |                                                                    |                            |
|                                       | <input type="checkbox"/> 食物アレルギー                                  |                                                                    |                            |
|                                       | <input type="checkbox"/> 宗教上の理由による                                |                                                                    |                            |
|                                       | <input type="checkbox"/> その他 (私立学校通学者はこちらをチェック)                   |                                                                    |                            |
|                                       | <input checked="" type="checkbox"/> 第3条第1項第2号に該当 (深谷市立学校以外の学校に在籍) |                                                                    |                            |
|                                       | 当該学校における給食の提供の有無及び額                                               | <input checked="" type="checkbox"/> 有 (月額 10,000円)<br>※学校給食の月額を記入  | <input type="checkbox"/> 無 |
| 国又は地方公共団体等から受けている学校給食費等についての補助・免除等の有無 |                                                                   | <input type="checkbox"/> 有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 |                            |

補助または免除を受けている場合は「有」をチェック  
※交付決定書等のコピーを添付してください。

裏面あり

2 振込先 金融機関等 ※保護者名義の口座に限ります。

|     |       |       |      |  |
|-----|-------|-------|------|--|
| 振込先 | 金融機関名 |       | 支店名  |  |
|     | 口座の種類 | 普通・当座 | 口座番号 |  |
|     | フリガナ  |       |      |  |
|     | 口座名義人 |       |      |  |

振込先の口座情報を記入。※申請者名義の口座に限ります。

# 【記入例】(公立)

様式第1号(第5条関係)

令和●年●月●日

深谷市長 宛て

申請者 住所 深谷市●●11-1

氏名 ▲▲ ▲▲

児童生徒との続柄 母

電話番号 \*\*\*-\*\*\*\*

## 深谷市学校給食費相当額給付金支給申請書兼請求書

深谷市学校給食費相当額給付金支給要綱第5条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、市が給付要件を確認するため、世帯全員の住民基本台帳及び学籍情報を閲覧することに同意します。

記

### 1 対象児童生徒

|                                       |                                                                  |                                                                    |                            |
|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| 氏名                                    | ▲▲ ▲▲ ※児童生徒氏名を記入                                                 | 生年月日                                                               | H*年*月*日                    |
| 学校名                                   | 〇〇市立〇〇中学校                                                        | 学年                                                                 | ●年                         |
| 対象月                                   | <input checked="" type="checkbox"/> 第1期5月分                       | 4月・5月・6月・7月・9月 ※〇で囲む                                               |                            |
|                                       | <input type="checkbox"/> 第2期 月分                                  | 10月・11月・12月・1月・2月・3月                                               |                            |
| 該当要件                                  | <input type="checkbox"/> 第3条第1項第1号に該当(対象日に係る給食の全部を停止)            |                                                                    |                            |
|                                       | <input type="checkbox"/> 食物 市外公立学校通学者はこちらをチェック                   |                                                                    |                            |
|                                       | <input type="checkbox"/> 宗教上の理由 学校給食費の有無と額を記入                    |                                                                    |                            |
|                                       | <input type="checkbox"/> その他 ( )                                 |                                                                    |                            |
|                                       | <input checked="" type="checkbox"/> 第3条第1項第2号に該当(深谷市立学校以外の学校に在籍) |                                                                    |                            |
|                                       | 当該学校における給食の提供の有無及び額                                              | <input checked="" type="checkbox"/> 有(月額 5,050円)<br>※学校給食の月額を記入    | <input type="checkbox"/> 無 |
| 国又は地方公共団体等から受けている学校給食費等についての補助・免除等の有無 |                                                                  | <input type="checkbox"/> 有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 |                            |

特別支援教育就学奨励費や地方自治体等の一部補助・給付金などを受けている場合は「有」をチェック。  
※交付決定書等のコピーを添付してください。

裏面あり

2 振込先 金融機関等 ※保護者名義の口座に限ります。

|     |       |       |      |  |
|-----|-------|-------|------|--|
| 振込先 | 金融機関名 |       | 支店名  |  |
|     | 口座の種類 | 普通・当座 | 口座番号 |  |
|     | フリガナ  |       |      |  |
|     | 口座名義人 |       |      |  |

振込先の口座情報を記入。※申請者名義の口座に限ります。

【記入例】(特別支援学校)

様式第 1 号 (第 5 条 関係)

令和●年●月●日

深谷市長宛て

申請者 住所 深谷市●●11-1  
氏名 ▲▲ ▲▲  
児童生徒との続柄 母  
電話番号 \*\*\*-\*\*\*\*

深谷市学校給食費相当額給付金支給申請書兼請求書

深谷市学校給食費相当額給付金支給要綱第 5 条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、市が給付要件を確認するため、世帯全員の住民基本台帳及び学籍情報を閲覧することに同意します。

記

1 対象児童生徒

|                                                                         |                                                              |                                                               |                                                                    |                            |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| 氏 名                                                                     | ▲▲ ▲▲ ※児童生徒氏名を記入                                             |                                                               | 生年月日                                                               | H*年*月*日                    |
| 学校名                                                                     | 〇〇特別支援学校中学部                                                  |                                                               | 学 年                                                                | ●年                         |
| 対象月                                                                     | <input checked="" type="checkbox"/> 第 1 期5月分                 | 4月・5月・6月・7月・9月 ※〇で囲む                                          |                                                                    |                            |
|                                                                         | <input type="checkbox"/> 第 2 期 月分                            | 10月・11月・12月・1月・2月・3月                                          |                                                                    |                            |
| 該 当 要 件                                                                 | <input type="checkbox"/> 第 3 条第 1 項第 1 号に該当 (対象日に係る給食の全部を停止) |                                                               |                                                                    |                            |
|                                                                         | <input type="checkbox"/> 食物アレルギー (市外公立学校通学者はこちらをチェック)        |                                                               |                                                                    |                            |
|                                                                         | <input type="checkbox"/> 宗教上の理由 (学校給食費の有無と額を記入)              |                                                               |                                                                    |                            |
|                                                                         | <input type="checkbox"/> その他 ( )                             |                                                               |                                                                    |                            |
| <input checked="" type="checkbox"/> 第 3 条第 1 項第 2 号に該当 (深谷市立学校以外の学校に在籍) |                                                              |                                                               |                                                                    |                            |
| 当該学校における給食の提供の有無及び額                                                     |                                                              | <input checked="" type="checkbox"/> 有 (月額 5,050円) ※学校給食の月額を記入 |                                                                    | <input type="checkbox"/> 無 |
| 国又は地方公共団体等から受けている学校給食費等についての補助・免除等の有無                                   |                                                              |                                                               | <input type="checkbox"/> 有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 |                            |

特別支援教育就学奨励費や地方自治体等の一部補助・給付金などを受けている場合は「有」をチェック。  
※交付決定書等のコピーを添付してください。

裏面あり

2 振込先 金融機関等 ※保護者名義の口座に限ります。

|     |       |       |      |  |
|-----|-------|-------|------|--|
| 振込先 | 金融機関名 |       | 支店名  |  |
|     | 口座の種類 | 普通・当座 | 口座番号 |  |
|     | フリガナ  |       |      |  |
|     | 口座名義人 |       |      |  |

振込先の口座情報を記入。※申請者名義の口座に限ります。