公立中学校以外に在籍する生徒の保護者向け

※申請前にご一読ください（両面印刷です）

給付金の手引き

（１）申請書の送付（食育推進課→保護者）

公立中学校以外に在籍する保護者へ送付

（２）給付金の申請（保護者→食育推進課）

様式がお手元に届きましたら、**指定した期日までに、**次の提出書類①②をご提出ください。

≪提出書類≫

① 様式第１号　多治見市中学校給食費相当額給付金支給申請書（請求書）
② 振込口座の写し（金融機関・支店・種別・口座名義・口座番号がわかるもの）

【注意事項】
- 期限までに申請がない場合、給付金の支給はできません。
- 提出済みの申請書に不備（添付書類不足等）がある場合、食育推進課から連絡します。

（３）給付金の支給・不支給通知（食育推進課→保護者）

申請に基づき、支給予定額の通知をお送りします。
通知後に変更があった場合、（４）変更の申請が必要です。

（４）給付金の変更申請（保護者→食育推進課）　※該当する場合のみ

通知を受けた後、転校・転出（市内在住でなくなった）された場合、**変更が生じた日から30日以内または3月10日のいずれか早い日までに、**
次の提出書類③をご提出ください。

≪提出書類≫

③ 様式第３号　多治見市中学校給食費相当額給付金支給決定変更申請書

（５）給付金の確定通知及び給付（食育推進課→保護者）

支給額確定通知をお送りするとともに、給付金を振り込みます。
- ４月分～９月分まで　→　10月下旬頃に振込
- 10月分～３月分まで　→　翌年４月下旬頃に振込

≪その他≫
- **申請は年度ごとのため、**進級時には、**再度給付の申請が必要です。**

- 年度を遡って（前年度の）申請はできません。

- 申請の提出前に、
  ★記入漏れや誤りはないか　★添付書類に不足はないか（口座の写しはあるか）を
  あらかじめご確認ください。

- 記入誤りをしてしまった場合、申請書を市ホームページからダウンロードいただき書き直していただくか、二重線で訂正し、二重線の上に押印してください。

記載例　※記入前にご確認ください

別記様式第１号（第10条関係）

年　　月　　日

多治見市長

多治見市中学校給食費相当額給付金支給申請書（請求書）

多治見市学校給食費無償化等実施規則第10条の規定により、多治見市中学校給食費相当額給付金について、次のとおり申請（請求）します。

申請・請求者（保護者）	住　　所	多治見市姫町6-1-10		
	フリガナ	ショクイク　センタ		
	氏　　名	食育　千太　（※） （※）本人が自署しないときは、押印してください。		
	電話番号	090-1234-5678		
生徒名等	住　　所	同　　上		
	フリガナ	ショクイク　ハナコ		
	氏　　名	食育　花子		
	生年月日	平成23年５月１日		
	学 校 名	★☆★☆中学校 （愛知県　○○○○　（市）町・村）	学　年	３年生
申請・請求理由	□　第１号　市立中学校に在籍し、給食停止届の提出あり			
	【停止期間】 令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日まで 【停止理由】 □食物アレルギー □長期欠席 □その他（			
	☑　第２号　市立中学校以外の中学校に在籍			
	□　第３号　その他			
他制度による給食費の給付等 ※理由「第２号」に該当し、国又は地方公共団体から給食費の給付等を受けている場合のみ記入				
給付金等の名称				
金額		円		
割合				

日中に連絡が取れる電話番号

申請者と同じ場合は「同上」
異なる場合は生徒の住所を記入

第２号または３号にチェック

「その他」はインターナショナルスクール等海外で通学する場合

該当する場合のみ記入

裏面：同意事項、確認事項、振込口座情報

◇振込口座情報

振込先	金融機関名	△▲△▲信用金庫	本支店名	□■□■支店
	口座種別	普　通　・　当　座	口座番号	0123456
	フリガナ	ショクイク　センタ		
	口座名義人	食育　千太		

・申請者と同じ名義
・口座の写しを添付

※　口座名義人は、申請（請求）者と同一であること。

※　振込口座情報が分かる口座の写し等を添付すること。

※　他制度による給食費の給付等がある場合は、給付内容が分かる書類（給付額決定通知書等）を添付すること。

◇同意事項

私及び申請に係る生徒は、多治見市学校給食費無償化等実施規則第９条の規定による申請に当たり、次の事項に同意します。

① 市長が、給付金の支給決定の内容を審査するにあたり、必要な範囲において、私及び申請に係る生徒の住民基本台帳を閲覧すること。

② 市長が、給付金の支給決定の内容を審査するにあたり、必要な範囲において、申請に係る生徒が在籍する学校の長に、在籍の状況、学校給食の喫食状況その他給付金の支給に必要な情報を調査すること。

③ 給付金支給後、偽りその他不正な手段により支給を受けたことが判明し、支給決定が取り消された場合は、速やかに給付金を返還すること。

記載例　※変更があった場合のみ、ご提出ください

別記様式第３号（第12条関係）

提出の年月日を記入

令和８年８月１日

多治見市長

（３）給付金の支給通知を受けた日

多治見市中学校給食費相当額給付金支給決定変更申請書

●年　○月　▲日付けで支給決定のありました多治見市中学校給食費相当額給付金について、次のとおり変更が生じましたので、多治見市学校給食費無償化等実施規則第12条の規定により申請します。

申請・請求者（保護者）	住　　所	多治見市姫町6-1-10		
	フリガナ	ショクイク　センタ		
	氏　　名	食育　千太　　(※) (※)本人が自署しないときは、押印してください。		
	電話番号	090-1234-5678		
フリガナ		ショクイク　ハナコ		
対象生徒名		食育　花子		
学校名		★☆★☆中学校	学年	３年生
支給決定を受けた額（支給予定額）		▲▽▲▽▲▽　円		
変更理由		□停止届出期間変更 →変更後の停止期間（　　年　月		
		☑転出（市内在住でなくなり、給付金支給対象外） □転校（市立中学校在籍となり、給付金支給対象外） □その他（　　）		

公立中学校のみ該当する箇所

理由にチェック