※申請前にご一読ください（両面印刷です）

市立小学校向け

給付金の手引き

（１）申請書の送付（食育推進課→保護者）

学校へ給食停止届を提出された保護者へ送付

（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７号　多治見市小学校給食費負担軽減給付金支給申請書（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、給食を停止する期間が変更になった場合や、転校された（公立小学校に在籍しなくなった）場合、**変更が生じた日から30日以内または3月10日のいずれが早い日までに、**次の書類③をご提出ください。

≪提出書類≫

③ 様式第９号　多治見市小学校給食費負担軽減給付金支給決定変更申請書

また、給食停止期間が変更になる場合、変更を希望する前週水曜日の午後５時までに、在籍する学校に給食停止届（期間変更または再開）をご提出ください。

（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≫

・申請は年度ごとです。
進級時に引き続き給食を停止する場合、年度ごとに停止届の提出及び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７号（第24条関係）

年　　月　　日

多治見市長

多治見市小学校給食費負担軽減給付金支給申請書（請求書）

多治見市学校給食費無償化等実施規則第24条の規定により、多治見市小学校給食費負担軽減給付金の支給について、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		
児童名等	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29年５月１日		
	学 校 名	多治見市立◎●◎●小学校	学　年	３年生
申請・請求理由	【停止期間】 令和８年４月１日　～　令和９年３月31日まで 【停止理由】 □食物アレルギー ☑長期欠席 □その他（			

日中に連絡が取れる電話番号

申請者と同じ場合は「同上」
異なる場合は児童の住所を記入

理由にチェック
その他の場合、カッコ内に
理由を記入（空欄不可）

停止届に記載した期間を記入

終了期間が未定の場合、「予定期間」で
必ずご記入ください。（空欄不可）

なお、申請は年度ごとになりますので、
停止期間は、最長で１年間です。

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	シヨクイク　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。

◇同意事項

私及び申請に係る児童は、多治見市学校給食費無償化等実施規則第22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、私及び申請に係る児童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、申請に係る児童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　※停止期間等に変更があった場合のみ、ご提出ください

別記様式第９号（第26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

多治見市小学校給食費負担軽減給付金支給決定変更申請書

令和●年　○月　▲日付けで支給決定のありました多治見市小学校給食費負担軽減給付金について、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26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		
対象児童名		食育　花子		
学校名		多治見市立◎●◎●　小学校	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（令和８年４月１日～令和８年９月30日）		
		□転出（市内通学でなくなり、給付金支給対象外） □その他（　　）		

記載例では、期間が変更（短くなった）場合の記載方法です。
変更後の期間を、ご記入ください。