

# 記入例

様式第1号（第5条関係）

令和8年 10月 1日

都城市長 宛て

## 都城市学校給食無償化に伴う食物アレルギー等対応給付金給付申請書

都城市学校給食無償化に伴う食物アレルギー等対応給付金の給付を受けたいので、都城市学校給食無償化に伴う食物アレルギー等対応給付金給付要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。

### ◆ 申請者（保護者等）

|                       |                           |        |
|-----------------------|---------------------------|--------|
| 住 所<br>※住民登録上の住所      | 都城市〇〇町▲▲▲番地▲ きりしまアパート101号 |        |
| 保護者等氏名<br>※全ての保護者等を記入 | (フリガナ) ミコバヨウ タロウ          | 児童との続柄 |
|                       | 都城 太郎                     | 父      |
|                       | (フリガナ) ミコバヨウ ハナコ          | 児童との続柄 |
|                       | 都城 花子                     | 母      |
| 電話番号<br>※日中連絡が取れる番号   | 090-1111-2222             |        |

### ◆ 対象児童

|      |           |            |       |
|------|-----------|------------|-------|
| フリガナ | ミコバヨウ ボンチ | 学校名        | 学年・組  |
| 氏 名  | 都城 ぼんち    | 都城市立▲▲▲小学校 | 2年 1組 |

### ◆ 申請内容

|                                                             |                              |
|-------------------------------------------------------------|------------------------------|
| 1. 学校給食を停止し弁当等を持参させている理由（いずれかに☑）                            |                              |
| <input checked="" type="checkbox"/> 食物アレルギー（アレルギー名： 卵アレルギー） | ※疾病の場合は、医師による診断病名をご記載ください。   |
| <input type="checkbox"/> 疾 病（病 名：                           |                              |
| <input type="checkbox"/> 宗教上の理由（宗 教 名：                      |                              |
| 2. 学校給食の停止内容（いずれかに☑）                                        |                              |
| <input checked="" type="checkbox"/> 全部停止                    | 【期間】 令和8年 4月 1日 ～ 令和9年 3月31日 |
| <input type="checkbox"/> ミルク以外を停止                           |                              |

### 【同意事項】

- (1) 私は、申請内容の審査及び給付額の算定において必要な私（申請者）及び私の属する世帯の事項（住民登録情報、生活保護受給状況、就学援助情報、国・県・他の市区町村その他これらに準ずる機関からの支援の状況、給食費の納付状況等）について、市が保有する情報を確認し、又は他の行政機関等に確認することに同意します。なお、本件は、私の属する世帯の世帯員の同意を得ています。
- (2) 私は、給付金受給のため、在籍する学校長が市長に対し、児童の出席状況や給食の喫食状況、その他学校生活の状況、学校生活管理指導表の内容等について報告することに同意します。
- (3) 私は、虚偽の申請その他不正な手段により給付を受けた場合は、速やかに給付金を返還することに同意します。

令和8年 10月 1日

申請者 署名 都城 太郎

申請者 署名 都城 花子