

桐生市第3子以降副食費免除認定申請書

年 月 日

(宛先) 桐 生 市 長

(保護者) 住 所 桐生市
氏 名

下記の児童について、副食費を免除認定されたく申請します。

○入所児童の氏名等

フリガナ 氏 名	生 年 月 日	年 齢	性 別	施 設 名
	年 月 日	歳	男・女	

○入所児童の世帯の状況（対象児童を含む）

区分	フリガナ 氏 名	入所児童 との続柄	生 年 月 日	年 齢	性 別	同 居 の 別
入所児童の世帯の状況	児入 童所	本人		歳	男・女	同居・別居
	同一世帯の子ども			歳	男・女	同居・別居
				歳	男・女	同居・別居
				歳	男・女	同居・別居
				歳	男・女	同居・別居
				歳	男・女	同居・別居

※ 年齢については、4月1日現在の年齢を書いてください。

※ 同一世帯の子どもとは、同居の子ども及び別居でも扶養義務者が常に資金面で援助しており、前年（4月から8月までの場合、前々年）の合計所得金額が38万円以下である子どものことです。

整理番号	扶養人数	課税資料	未納	決定・却下