

(小学校用)

下記のとおり承認してよいか伺います。			
給 食 費 担 当			
課 長	課長補佐	係 長	係

所 属		
校 長	収入担当	栄養教諭・ 栄養士

様式第1号 (第5条関係)

学校給食費等減額申請書

年 月 日

三島市長 あて

住 所
申請者 氏 名
電話番号

学校給食費等の減額を受けたいので、次のとおり申請します。

学校給食等 を受ける者	学 校 名	
	学 年 ・ 学 級	
	フリガナ 氏 名	
減額を受けようとする事由	<input type="checkbox"/> 市外転出による給食提供停止 <input type="checkbox"/> 長期欠席による給食提供停止 () <input type="checkbox"/> 食物アレルギーによる(給食・飲用牛乳)提供停止 <input type="checkbox"/> その他の理由による(給食・飲用牛乳)提供停止 ()	
減額を受けようとする期間	年 月 日から 年 月 日まで	
備 考	対象期間の欠食回数： 回 面談内容等：	

- (注)・申請の内容に変更が生じた場合は、所属する学校へ連絡すること。
・給食または飲用牛乳の提供を再開する場合、再開を希望する3日前までに連絡すること。