

生駒市学校給食配食停止申出書兼学校給食非喫食者対応給付金交付申請書

令和 ○年 ○月○○日

生駒市長

申請者（保護者等）

住所 生駒市○○町○番○号

氏名 生駒 太郎

対象児童生徒との続柄 父

電話番号 ○○○-○○○○-○○○○

生駒市学校給食非喫食者対応給付金交付要綱第4条の規定により、下記のとおり申請します。また、生駒市学校給食非喫食者対応給付金の要件の審査をするにあたり、必要な情報を学校へ調査することに同意します。

記

1 対象児童生徒名

氏 名： 生駒 次郎

生年月日： ○○年○月○○日 生

学 校 名： ○○○○小学校

学年・組： ▲ 年 □組

2 非喫食の理由

☐食物アレルギー☒不登校☐その他（ ）

3 非喫食予定期間

令和 ○年○○月 ～ 令和 ○年○○月

4 申請額

金 ○○, ○○○円

【内訳】 小学校：4, 400円 × ○月 = ○○, ○○○円

中学校：4, 800円 × 月 = 円

5 学校長承認（認印）

学 校 名：

学校長印： ㊞

6 注意事項

- ・月の初日から末日まで一日も配食していない月が対象になります。
- ・配食状況に変更があった場合は、給付金変更給付申請を行ってください。

ご記入ください