

年 月 日

文京区学校給食費代替補助金申請期間確認書

駒本小学校長 殿

保護者氏名

印

学校給食の停止について、次のとおり申し出ます。

学年 組	年 組 番
児童氏名	

※給食停止する月の前月 20 日(土・日・祭日の場合は翌日)までの提出が必要です。

[申出の内容]

停止期間 (月単位)	年 月 から 年 月 まで
停止の理由	<input type="checkbox"/> 疾病等による長期欠席 <input type="checkbox"/> 食物アレルギーによるもの <input type="checkbox"/> 宗教に関するもの ※上記以外の場合は、学校にご相談ください。

※ひと月（1日から月末日まで）停止した場合に給食費代替補助金の対象となります。

[学校決裁欄]

校 長	副校長	給食主任	事務職員	栄養教諭・ 栄養職員	担任教諭