

長柄町学校給食費相当額給付金支給申請届出書

年 月 日

長柄町長 様

〒
保護者 住所 _____

氏名 _____

電話番号 _____

学校給食費相当額給付金支給要綱第2条の規定に基づき、次のとおり届け出します。

1 長柄町学校給食全部を停止しますので届け出します。

児童生徒	学 年	年 組		
	フリガナ			続 柄
	氏 名			
停止をする日	年 月 日 から			
停止の理由	<input type="checkbox"/> 食物アレルギー <input type="checkbox"/> その他			

2 町立学校以外に学籍があり、学校給食費等の全部又は一部に補助や免除を受けていないので届け出します。

児童生徒	学 年	年 組		
	フリガナ			続 柄
	氏 名			
補助や免除を受けていない開始日	年 月 日 から			
昼 食	学校給食 ・ お弁当持参 ・ その他 ()			

学校名