

茨木市学校給食費減額申請書

（申請先）茨木市長

保護者等
（学校給食費負担者）

住 所

氏 名

電話番号

学校給食費の減額を受けたいので、次のとおり申請します。

児童の氏名等 （学校給食を受ける者）	学校名	茨木市立 小学校		年 組 番	
	フリガナ				
	氏 名				
中止を希望する日	中止を希望する給食区分				
毎 日	1 ごはん	2 パン	3 おかず	4 牛乳	5 ヨーグルト
献立に特定の食材 が含まれている日	1 ごはん	2 パン	3 おかず		
中止の理由	1 食物アレルギーのため （アレルギー品目： ） 2 その他 （ ）				
中止希望期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで				

備考

- 「中止の理由」が食物アレルギーによる場合にあつては学校生活管理指導表を、その他の理由による場合にあつては医師の診断書等その内容が分かる書類を添付してください。
- 「中止を希望する給食区分」の該当する番号に○印を付けてください。該当する番号が複数ある場合は、その全てに○印を付けてください。
- 「おかず」の中止は、全てのおかずを中止する場合のみに○印を付けてください。
- 「献立に特定の食材が含まれている日」の給食を中止する場合は、通学している学校に中止する日を報告してください。