

年 月 日

つくばみらい市教育委員会教育長 様

保護者

住 所

氏 名

印

学 校 給 食 費 減 額 申 請 書
免 除

次により、給食費を 減額 免除 くださるよう申請します。

園児・児童・生徒の氏名		園・学校名 学年・組	
給食受給の状況（ 月 日現在） <input type="checkbox"/> 食物アレルギーのため（ 給食 ・ 牛乳 ）の停止を希望します。 食物名： <input type="checkbox"/> 乳糖不耐症のため （ 給食 ・ 牛乳 ）の停止を希望します。 <input type="checkbox"/> その他（ ）のため （ 給食 ・ 牛乳 ）の停止を希望します。 ※ 給食に○をつけた方は、同時に牛乳も停止します。 ※ 牛乳のみ停止を希望する方は、減額に○を付けてください。			
減額 免除 の積算根拠 つくばみらい市立学校給食センター条例施行規則第8条による 上記、給食受給についての状況を確認する。 学校（園）長 印			
減額 免除 の額	1ヵ月あたり		円

申請書のとおり承認する。

年 月 日

つくばみらい市教育委員会教育長

印