

学校給食停止（再開）・欠食届

令和 年 月 日

天理市長 様

申請者 住 所 _____
〔保護者等〕氏 名 _____
〔教職員等〕電話番号 _____

天理市学校給食費の管理に関する条例施行規則第6条、第7条の規定に基づき、次のとおり学校給食の（ 停止 ・ 再開 ・ 欠食 ）を希望するので届け出ます。

| | | | | | |
|-------------------------|------|------|----|-----|-----|
| 対象となる 児童・生徒 ・教職員等 | 学校名 | 天理市立 | 学校 | 学年等 | 年 組 |
| | フリガナ | | | | |
| | 氏 名 | | | | |

1. 食物アレルギー等の理由により学校給食の全部又は一部を停止（再開）する場合

| | |
|--|---|
| 停止又は再開をする日 | 令和 年 月 日 から（ 停止 ・ 再開 ） |
| 停止又は再開をする 学校給食の区分 ※ 停止又は再開を希望するものに○を付けてください。 | 1 学校給食の全部 2 牛乳 3 主食（パン・ご飯・麦ご飯） 4 副食の全品 |
| 停止又は再開の理由 | <input type="checkbox"/> 食物アレルギー等 ※別途「学校生活管理指導表」又は医師の診断書の提出が必要です。 <input type="checkbox"/> その他 ※具体的理由を以下に記載してください。 () |

2. 傷病等の理由により、学校給食を実施する日において連続して7日以上学校給食を欠食する場合

| | |
|---------|--|
| 欠 食 期 間 | 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで |
| 欠 食 理 由 | <input type="checkbox"/> 傷病 <input type="checkbox"/> その他 ※具体的理由を以下に記載してください。 () |

※ 学校給食費の調整は、申請日の翌日から起算して7日目（休日を除く。）以降が対象となります。