

傷病等の理由により、連続して7日以上学校給食を欠食する場合

※欠食期間を変更する場合は、再度届の提出が必要です。

記入例

様式第1号（第6条、第7条関係）

学校給食停止（再開）・欠食届

令和 ○年 ○月 ○日

該当月の欠食実績を計算し、
間に合う月から調整します。

“欠食”に○をつけ
てください。

申請者 住 所 天理市川原城町605番地
保護者等 氏 名 天理 太郎
教職員等 電話番号 0743-63-1001

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	天理市立いちろう小学校	学年等	○年 ○組
	フリガナ	テンリ イチロウ		
	氏 名	天理 一郎		

提出期日

《欠食・停止を開始する日の7日前（休日を除く）まで》

1. 食物アレルギー等の理由により学校給食の

①傷病の事由により、学校給食の実施日において、連続して7日以上欠食する場合

②食物アレルギー等で学校給食の全部又は一部（牛乳、主食又は副食の全品）を停止する場合

《欠食を開始する日の前月の10日まで》

※ 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
- 2 牛乳
- 3 主食（）
- 4 副食の全品（）

①②以外の理由で連続して7日以上欠食する場合

停止又は再開の理由

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。

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 checked="" 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。 (その他の理由の場合は詳しい理由を記入)

※ 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。

※申請日以降で**実際に欠食する期間**を記載してください。
ただし、学校給食費の調整は、上記提出期日に間に合う日以降が対象となります。

※欠食期間を変更する場合は、再度届の提出が必要です。