

令和 年 10 月 23 日

(宛先) 各務原市長

保護者等(納付義務者) ※口座振替依頼書「④保護者等(納付義務者)」
と同一人をご記入ください

住所 各務原市那加桜町1丁目69番地

氏名 各務原 太郎

電話番号 080-1234-5678

児童生徒との続柄 父

各務原市学校給食費に関する条例施行規則第4条第1項の規定により、次のとおり学校給食の提供を受けたいので申し込みます。また、記載内容の確認等のため、学校給食費の管理に必要な教育委員会（学校を含む。）が保有する私及び児童生徒の住所、氏名、生年月日、学年・組等の情報を利用することに同意します。

学校給食の提供を受ける 児童又は生徒	学校名	各務原第一 小学校 中学校・特別支援学校
	学年・組 (どちらかに☑)	<input type="checkbox"/> 新1年生等 <input checked="" type="checkbox"/> 年 組
	フリガナ 氏名	カカミガハラ ハナコ 各務原 花子
	生年月日	平成 年 月 日
申込区分 (いずれかに☑)	<input checked="" type="checkbox"/> 学校給食を申し込みます <input type="checkbox"/> 牛乳のみを申し込みます <input type="checkbox"/> 食物アレルギーその他のやむを得ない理由により学校給食を申し込みません (理由:)	
提供開始日 (どちらかに☑)	<input type="checkbox"/> 令和 年度の学校給食開始日 から <input checked="" type="checkbox"/> 令和 年 11 月 1 日 から	

- (注) 1 児童生徒ごとに1枚ずつ記入してください。
2 この申込みによる児童生徒への学校給食の提供
3 食物アレルギー、乳糖不耐症等により、学校給食
場合は、別途、食物アレルギー等給食対応申請
4 学校給食費を滞納し、督促の送達を受けても
行い、児童手当等からの徴収の申出がない、又
等の法的措置を執ることがあります。

学校給食を開始する日を記入してください。
※開始する7日前(休日等を除く)までに提出で
きない場合は、給食の提供を開始できる日(発
注が可能な日)を学校に確認してください。

児童手当・特例給付に係る学校給食費の徴収等に関する申出書

(宛先) 各務原市長

私は、上記児童生徒に係る学校給食費に滞納が
から支給を受ける児童手当等(児童手当及び特例給
て滞納分の学校給食費の支払に充てることを申し
なお、申出の撤回を行わない限りにおいて、本
該児童手当等から滞納分の学校給食費の支払に充て

記入は任意となりますが、給食費の未納を防ぐ
ため、ご記入いただきますようお願いいたします。
児童生徒名ではなく、児童手当を受給する保護
者名をご記入ください。

令和 年 10 月 23 日

フリガナ

児童手当受給者氏名

カカミガハラ タロウ

各務原 太郎