

様式第1号（第4条関係）

令和 年 月 日

波佐見町長 様

申請者（保護者）住 所
氏 名
連絡先

令和 年度波佐見町学校給食代替食支援事業補助金交付申請書

令和 年度において、波佐見町学校給食代替食支援事業補助金の交付を受けたいので、波佐見町学校給食代替食支援事業補助金交付要綱第4条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

1. 対象児童・生徒

ふりがな		生年 月日	年 月 日
氏 名			
住 所	波佐見町 郷 番地		
学校名・学年	学校 年 組		
該当事由	アレルギー ・ 宗教上 ・ その他 (詳細)		
補助金月額	月額 円	代替食 回数	毎週 月 回
補助金算出 ※月数は最大11か月	[月額 × 月数 = 交付申請額] _____円 × _____か月 = _____円		
該当月に「○」→	4・5・6・7・9・10・11・12・1・2・3 月分		
交付申請額	円		

2. 添付書類

- (1) 学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）の写し又は医師の診断書
- (2) 食物アレルギー保護者記入表の写し
- (3) 理由書
- (4) その他、町長が特に必要と認める書類