

令和 ●年 ●月 ●日

波佐見町長 様

申請者（保護者）住所 **波佐見町宿郷660番地**
 氏名 **波佐見 太郎** ←必ず自署
 連絡先 **1234-56-7890**

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 | はさみ はるこ | | 生年月日 | 平成●年●月●日 |
| 氏名 | 波佐見 春子 | | | |
| 住所 | 波佐見町 宿郷 660 番地 | | | |
| 学校名・学年 | 中央小 学校 ●年●組 | | | |
| 該当事由 | アレルギー・宗教上・その他 (詳細 大豆アレルギー（加工品は摂取可能）) | | | |
| 補助金月額 | 月額 1,000 円 | 代替食回数 | 毎週 | 3 回 |
| 補助金算出 ※月数は最大11か月 | [月額 × 月数 = 交付申請額] 1,000 円 × 9 か月 = 9,000 円 | | | |
| 該当月に「○」→ | 4・5 6・7・9・10・11・12・1・2・3 月分 | | | |
| 交付申請額 | 9,000 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