

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
変更交付申請書

令和 年 月 日付波佐見町指令給セ第 号により交付決定
通知のあった令和 年度波佐見町学校給食代替食支援事業補助金につい
て、申請内容に変更が生じたので、波佐見町学校給食代替食支援事業補助
金交付要綱第6条の規定により、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		

2. 変更内容

内容の詳細			
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		
変更後交付申請額	円		