

食物アレルギー児等学校給食費支援相当額給付申請書

年 月 日

(あて先) 四街道市教育委員会教育長

食物アレルギー児等学校給食費支援相当額給付金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

| | | | | |
|---------------------|---------|---------------|---------|-----------|
| 申請者 | フリガナ | | 生年月日 | 年 月 日 |
| | 氏 名 | | 対象者との続柄 | |
| | 住 所 | | | |
| | 電 話 番 号 | | | |
| 対象者 | フリガナ | | 学 年 | |
| | 氏 名 | | | |
| | 在 籍 学 校 | | | |
| 喫食状況 (○をつけてください) | | 牛乳停止 | 牛乳のみ喫食 | 給食停止 |
| 停止理由 (○をつけてください) | | 食物アレルギー | 長期欠席 | 宗教 () |
| 振込先 | 金融機関名 | 銀行・農協 信用金庫 | | |
| | | 本店・支店 支所 | | |
| | 口座種別 | 普通 ・ 当座 | | |
| | 口座番号 | | | |
| | フリガナ | | | |
| | 口座名義人 | | | |

※振込先の金融機関の通帳のコピー（金融機関名・支店名・口座種別・口座番号・口座名義人名）のわかるものを添付してください。

通帳のコピーを貼り付けてください。