様式第１

**Entry example**

　　　　年　　月　　日

春日部市長　　　　　あて

春日部市学校給食費減額申請書

Address

　　　　　　　　　　　保護者等　　住　所

　　　　　　　　　　（納入義務者） 氏　名

Name of parent/guardians

　　　　　　　　　　　 　　　　　電話番号　　　　（　　　　）

　　　　　　 　　　　児童・生徒等との続柄

Phone

　次の児童又は生徒について、学校給食費の減額を希望するため、次のとおり申請します。

School name

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 対象となる  児童・生徒 | 学校名 | 学校  Child’s birthday | |
| 学年・組  (どちらかに☑を付けてください) | □ 新小学校1年生 | 生年月日 |
| □ 　　　年　　　組 | 年　　月　　日生 |
| フリガナ |  | |
| 氏　名 | Name of the child | |
| 減額申請年度 | 年度  Reduction application year | | |
| 減額開始希望日 | 年　　月　　日  Desired start date of reduction | | |
| Reduction category | □　Don't drink milk（Reduce milk cost from school lunch fee）  ☑　Drink milk only  （Reduce staple food and side dishes from school lunch fee） | | |
| Reason for reduction application | □　Because of food allergies  【Please attach a copy of the school life guidance form.】  ☑　Others（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  Ex) religious reasons | | |

（注）

１　Please submit one form for each child for whom you wish to reduce the

school lunch fee.

２　Please submit this application at least three days before the date you wish to start the reduction.

３　If you wish to continue to receive a reduction, you will need to apply every year. Please submit it to the school by the completion ceremony of the third semester of the previous year.

５　“Don't drink milk” reduction is only based on food allergy or doctor's diagnosis.