

令和8年10月〇〇日

基山町長 様

保護者の住所・氏名
電話番号をご記入ください。

(保護者) 住所
氏名
電話番号

基山町立小学校給食非喫食者補助金交付申請書

基山町立小学校給食非喫食者補助金の交付を受けたいので、基山町立小学校給食非喫食者補助金交付要綱第6条の規定により、下記のとおり申請します。

交付申請額は記入しないでください。

記

学校給食を喫食しない期間を
記入してください。

※終了日が未定の場合は、予定期間を記入してください。

1. 交付申請額 金 円

2. 申請期間 令和8年4月から令和9年3月まで

3. 申請理由 ☐食物アレルギー等により学校給食を停止しているため。
☒その他（長期欠席により学校給食を停止しているため。）
 ※該当項目に☒してください。

4. 対 象 児 童

氏 名	基山太郎
生年月日	平成27年5月1日
学 校 名	基山小学校
学年・組	5年1組

お子様の氏名・生年月日
学校名・学年・組をご記入ください。