

学校給食欠食届

日向市長 様

申込者（学校給食費負担者）

郵便番号 _____

住 所 _____

ふりがな
氏 名 _____

電話番号 _____

日向市学校給食費に関する条例施行規則第8条第1号の規定により、次のとおり学校給食等を欠食しますので届け出ます。

学校又は 幼稚園名		学年・組	年 組 歳児 組
ふりがな 氏 名			
欠食期間	年 月 日から	年 月 日まで	日間
欠食理由	1 傷病 2 その他（具体的な理由 _____）		

(特記事項)

- 1 この届出は、児童生徒及び幼児一人につき一枚提出してください。
- 2 連続して5日以上欠食する場合は学校給食費の調整の対象となります。5日未満の欠食の場合は対象となりません。
- 3 急な欠食の場合は、実際に学校給食等の提供を停止することができた日から学校給食費の調整の対象となります。