

都城市長 宛て

都城市学校給食無償化に伴う食物アレルギー等対応給付金給付申請書

都城市学校給食無償化に伴う食物アレルギー等対応給付金の給付を受けたいので、都城市学校給食無償化に伴う食物アレルギー等対応給付金給付要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。

◆ 申請者（保護者等）

住 所 ※住民登録上の住所		
保護者等氏名 ※全ての保護者等を記入	(フリガナ)	児童との続柄
	(フリガナ)	児童との続柄
電話番号 ※日中連絡が取れる番号		

◆ 対象児童

フリガナ		学校名	学年・組
氏 名		都城市立 小学校	年 組

◆ 申請内容

1. 学校給食を停止し弁当等を持参させている理由（いずれかに☑）			
☐ 食物アレルギー	(アレルギー名：	)	
☐ 疾 病	(病 名：	)	
☐ 宗教上の理由	(宗 教 名：	)	
2. 学校給食の停止内容（いずれかに☑）			
☐ 全部停止	【期間】	年 月 日 ～	年 月 日
☐ ミルク以外を停止	【期間】	年 月 日 ～	年 月 日

【同意事項】

- (1) 私は、申請内容の審査及び給付額の算定において必要な私（申請者）及び私の属する世帯の事項（住民登録情報、生活保護受給状況、就学援助情報、国・県・他の市区町村その他これらに準ずる機関からの支援の状況、給食費の納付状況等）について、市が保有する情報を確認し、又は他の行政機関等に確認することに同意します。なお、本件は、私の属する世帯の世帯員の同意を得ています。
- (2) 私は、給付金受給のため、在籍する学校長が市長に対し、児童の出席状況や給食の喫食状況、その他学校生活の状況、学校生活管理指導表の内容等について報告することに同意します。
- (3) 私は、虚偽の申請その他不正な手段により給付を受けた場合は、速やかに給付金を返還することに同意します。

年 月 日

申請者 署名 _____

申請者 署名 _____