

加古川市教育委員会 様

申請者 (住所) \_\_\_\_\_  
 (氏名) \_\_\_\_\_  
 (電話番号) \_\_\_\_\_  
 (幼児等との続柄) \_\_\_\_\_

加古川市学校給食停止申請書

次の幼児等について、加古川市学校給食の実施に関する規則第4条第2項の規定により、次のとおり学校給食の停止を申請します。

対象幼児等	学 校 名	加古川市立	学 校	学 年 等	年 組
	フリガナ				
	氏 名				
停止する学校給食	該当する番号に○をつけてください。 1 牛乳 2 牛乳以外の学校給食 3 学校給食の全部				
停止理由	該当する番号に○をつけてください。 1 食物アレルギー等の疾患がある。 2 5日以上連続して学校給食を受けることができない。 3 その他 ( )				
停止希望期間	【開始】 年 月 日から 【終了】 年 月 日まで				

備考

- この申請書は、対象幼児等1人につき1枚を記入してください。
- 停止理由が2の場合は、理由を証する書面の添付が必要になる場合があります。
- 停止理由が3の場合は、校長の意見書の添付が必要になる場合があります。
- 学校給食の停止期間内に学校給食を停止する理由が消滅したときは、加古川市学校給食再開届（様式第2号）により届け出てください。
- 停止決定期間中に市内で転校した場合は、停止解除となります。転校先の学校でも停止を希望する場合は、改めて加古川市学校給食停止申請書（様式第1号）により申請してください。

【事務処理欄】

学校記入欄			学務課記入欄	
受理日	停止理由1の場合	停止理由2の場合	停止理由1の場合	
	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> アレルギー食材を含む献立の日のみ	理由種別 <input type="checkbox"/> 長欠 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他 ( )	学校から対象者への「アレルギー対応内容決定通知書」の写しの受理 <input type="checkbox"/> (停止申請書と同時に受理できない場合は後日必ず要求すること。)	
4月～5月を停止期間に含む場合			受理日	受付者
<input type="checkbox"/> 月 日 の提出分の給食人数報告書に反映済み				