

校長	副校長	担当課長	栄養士	会計	保健	担任

申請日 令和 年 月 日

受給停止願

年 組

氏 名 _____

保護者名 _____

印

受給停止希望日（期間）

令和 年 月 日 から（令和 年 月 日 まで）

理由（数字を○で囲む）

1. アレルギー / 2. 職場で出る / 3. 自宅で食べる / 4. 支払困難
5. その他（ _____ ）

注意）

- 1： 受給停止をする日の前月の20日までに提出してください。（20日が休日の場合はそれより前の登校日）
- 2： 提出先は担任です。