

愛川町長

年 月 日

申込者 (保護者)	フリガナ		児童生徒か らみた続柄	
	氏名			
	住所			
	連絡先 (電話番号)	(自宅・携帯・その他)		
提供を受ける 児童生徒	フリガナ			
	氏名			
	学校名	愛川町立	小・中 学校	学年
	学校給食は、完全給食（食事及び牛乳）となります。完全給食を受けることができない場合は、次の希望する内容に○をつけてください。			
	１．食事のみ（牛乳なし） ２．牛乳のみ（食事なし） ３．給食なし			
	完全給食を受けることができない理由を、記入してください。			
	１．食物アレルギー ２．その他（ ）			

- ・本申込書は、提出日から児童生徒が愛川町立の小学校及び中学校に在学する期間中有効となります。
- ・食物アレルギー等がある場合は、必ず学校にご相談ください。
- ・宗教上の理由等により、給食の対応が必要な場合は、その旨を別途学校に申し出てください。

愛川町長

- (1) 私は、学校給食費に未納が生じた場合、児童手当法第 21 条第 1 項又は第 2 項の規定に基づき、町長から支給を受ける児童手当の額から、学校給食費について、当該児童手当の支払期日をもって支払に充てることを申し出ます。
- また、申出の撤回を行わない限りにおいて、本申出に基づき、児童手当を受給している間、学校給食費の滞納分の支払いに充てることに同意します。
- (2) 学校給食費の納入が滞った場合、学校給食費の滞納の解消に必要な範囲内において、愛川町教育委員会教育総務課が、私に関する児童手当の支給状況等の個人情報を調査・取得し、利用することに同意します。

年 月 日

フ リ ガ ナ S
 児童手当受給者氏名 _____ 生年月日 H . .
 児童手当受給者の住所 _____