

様式第1号

ニセコ町学校給食代替食対応支援給付金希望申込書

年 月 日

ニセコ町教育委員会教育長 様

保護者

住所

氏名

電話番号

学校給食の代替食を持参するため、下記のとおりニセコ町学校給食代替食対応支援給付金の交付を希望します。

記

児童生徒氏名	
学校名	
学年・組	
該当事由 ※該当する事由の□に✓を記入してください。	<input type="checkbox"/> 食物アレルギー <input type="checkbox"/> 病気による療養 <input type="checkbox"/> 宗教上の規律・慣習

※ 添付書類

- ① 学校生活管理指導表の写し又は医師の診断書の写し
- ② 宗教上の規律・慣習による場合 理由書（様式第2号）