

様式第 1 号（第 5 条関係）

紀の川市食物アレルギーを有する児童生徒の給食費補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

紀の川市長 様

申請者 (保護者)	住 所	
	氏 名	
	電話番号	— —
	(児童生徒との続柄)	
補助対象児童生徒	学校名	
	学 年	
	ふりがな	
	氏 名	

紀の川市食物アレルギーを有する児童生徒の給食費補助金の交付を受けたいので、補助金要綱第 5 条の規定により、下記のとおり申請及び請求します。

補助対象期間	月	月	月	月	月
補助対象期間中において 給食代替食を持参した回数	① 回	② 回	③ 回	④ 回	⑤ 回
補助単価	円	円	円	円	円
各月の交付申請額	①×補助単価 円 ⑥	②×補助単価 円 ⑦	③×補助単価 円 ⑧	④×補助単価 円 ⑨	⑤×補助単価 円 ⑩
交付申請合計額 (⑥～⑩の合計を記載)	円		(年 学期分)		
振込指定口座 (申請者名義に限る)	金融機関名	銀行・金庫・組合			支店 所
	普通	口座番号			
	フリガナ				
	氏 名				

- ※ 児童生徒 1 人ごとに申請書を提出すること。
- ※ 以下の書類を添付すること。
(ただし、状況に変化がない場合において、同一年度中の 2 回目以降の申請時は不要とする。)
- ・食物アレルギーを有することに関する医師の診断が確認できる書類の写し