

学校給食停止・再開届

令和 年 月 日

柏市長 宛

学校給食費負担者
(保護者など) 〒 住 所
フリガナ
氏 名
連絡先

学校給食の(停止 ・ 再開 ・ 転入 ・ 転出)をしたいので、次のとおり届け出ます。

喫食者 (児童・生徒など)	<input type="checkbox"/> 児童生徒 <input type="checkbox"/> 教職員			
	学校名	柏市立	小 中 学校	年 組
	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		
適用希望年月日	年 月 日 ～ 年 月 日			
届出内容	いずれかの <input type="checkbox"/> に✓を記入してください			
	<input type="checkbox"/> ①停止 <input type="checkbox"/> ②再開 <input type="checkbox"/> ③転入 <input type="checkbox"/> ④転出			
	上記の①～③のいずれかに該当する場合は以下の <input type="checkbox"/> に✓を記入してください			
	<input type="checkbox"/> 完全停止 <input type="checkbox"/> 牛乳停止 <input type="checkbox"/> 牛乳以外停止 <input type="checkbox"/> 完全食			
届出理由				
④転出の方は 書類の送付先	<input type="checkbox"/> 学校給食費負担者と同住所 〒 住所 宛名 電話番号 ー ー			

※停止及び再開は、提出日の4日後(土日祝日を除く)からになります。

<学校記入欄>

適用年月日	年 月 日 ～ 年 月 日
徴収方法	定額徴収 ・ 実績徴収 ・ 臨時喫食者