

様式第5号(第5条関係)

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 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		年	月	日		
適用希望年月日	年 月 日 ~ 年 月 日						
届出内容	いずれかの□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□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	—					

※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