

就学援助費の学校給食費への充当申出書

年 月 日

（あて先）大町市教育委員会

私は、大町市の学校給食の提供を受ける下記児童生徒の 年度の学校給食費について、大町市から支給される就学援助費の額から、当該就学援助費の支給期日をもって支払うことを申し出ます。また、申出の撤回を行わない限り、当該年度の学校給食費について、この申出のとおり支払います。

なお、就学援助費が支給されなくなった場合は、大町市学校給食費の徴収に関する条例及び大町市学校給食費の徴収に関する条例施行規則に基づき、学校給食費を口座振替等により支払います。

申出者 (保護者等)	フリガナ			児童生徒から見た続柄
	氏名			
	住所	〒		
	連絡先	電話番号	携帯電話など日中に連絡のとれる電話番号 — —	
提供を受ける 児童生徒氏名	学校名		大町市立 学校	
	学年	年	フリガナ	
			氏名	
	年	年	フリガナ	
			氏名	
	年	年	フリガナ	
氏名				

※この申出書は、提出日から当該年度の3月31日まで有効となります。ただし、当該児童生徒の就学援助費等が支給されなくなった場合は、その時点で無効となります。

【確認欄】

就学援助費等 担当者

システム	
入力日	確認