

年 月 日

大崎市長 様

住 所

申請者

（児童との続柄 ）

生年月日 年 月 日

連絡先

大崎市給食費負担軽減補助金交付申請書

大崎市給食費負担軽減補助金交付要綱第 5 条の規定により，下記の者の給食費負担軽減補助金を申請します。

☐ 児童の喫食実績については，市が管理する食数管理表に基づき調査することに同意します。

児童	学校名		学年・組	年 組
	フリガナ		生年月日	
	氏 名		年 月 日	
	給食を食べられない理由	☐ 食物アレルギー ☐ 疾病 ☐ 宗教 ☐ 長期欠席 ☐ その他（具体的に ）		
	期 間	年 月 から 年 月まで（ か月間）		

交付申請額 円

(5,200 円 × か月)

補助金振込先口座

金融機関名			支店名	
種別	普通	口座番号		
フリガナ				
口座名義人 (申請者)				

※通帳の写しを添付すること。

※記載内容に変更が生じた場合は，遅滞なく申し出ること。