

保護者様

下線部に記入後、担任までご提出ください。

欠 食 届

提出日 _____年__月__日 (____)

足立区立島根小学校長様

_____年__組 児童氏名 _____

担任 (_____) 保護者氏名 _____

以下の理由より、給食の支給を停止してください。

- 理由 _____
- 期間 _____年__月__日 (____) ~ _____年__月__日 (____)

4日以上の欠食となる場合のみ、給食費が返金となります。食材の注文停止には、3日以上必要なため、受領日の翌日から起算して4日目（土日祝除く）以降の分を返金いたします。

事後処理欄（学校記入）

【 受 領 日 】 _____年 月 日 ()

【給食費返還期間】 _____年 月 日 ~ _____年 月 日

【 区 分 】 一般 ・ 要保護 ・ 準要保護

【 返金の有無 】 あり ・ なし

【 返 金 額 】 欠食回数 () 回 × 一食単価 () 円 = _____ 円
 () 月分以降の給食費引き落とし中止

【 返金手続き 】 _____年 月 日に振込 ・ () 月徴収時に調整
 その他 (_____)

校長 ←	副校長 ←	事務 ←	栄養士 ←	担任 ←