第１号様式（第５条）

食物アレルギー等児童生徒学校給食費相当額助成金交付申請書

年　　月　　日

（あて先）印西市教育委員会教育長

食物アレルギー等児童生徒学校給食費相当額助成金の交付を受けたいので、印西市食物アレルギー等児童生徒学校給食費相当額助成金交付規則第５条の規定により、次のとおり申請します。

申請者（保護者）	住　　所	
	フリガナ	
	氏　　名	
	児童又は生徒との続柄	
	電話番号	
児童又は生徒	学校名	印西市立　　　　　　学校
	学年・組	年　　組
	フリガナ	
	氏　　名	
	停止の種別	１　完全停止　　２　牛乳のみ飲用
	停止の理由	
助成対象期間	始　　期	年　　月　　日
	終　　期	年　　月　　日

同意書

私は、印西市教育委員会が本助成金に関する事務を処理するために、印西市又は印西市教育委員会の保有する情報を利用することに同意します。

なお、このことについて世帯員の同意を得ています。

申請者署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿