

食物アレルギー等児童生徒学校給食費相当額助成金実績報告書

（あて先）印西市教育委員会教育長

申請者 住所 \_\_\_\_\_

氏名（保護者） \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

年 月 日付け印西 指令第 号をもって交付決定があった食物アレルギー等児童生徒学校給食費相当額助成金について、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7条の規定により実績を報告します。

記

1. 児童・生徒氏名 \_\_\_\_\_

2. 欠席の状況

月	欠席した日	給食提供日数のうち欠席した日数①	給食提供日数②	助成対象日数 ③＝②－①
4月				
5月				
6月				
7月				
9月				
10月				
11月				
12月				
1月				
2月				
3月				

※太枠の中に、学校を欠席した日付をすべて記入していただき、①～③は記入しないでください。

【教育委員会確認欄】 確認者所属・氏名： \_\_\_\_\_