欠　食　届

令和　　　年　　月　　日

（宛先）

西尾市長

保護者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

次の理由により給食を欠食したいので届け出ます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 児童名 |  | 保育園名 | 保育園 |
| 生年月日 | 平成・令和　　　　年　　　　月　　　　日（　　　歳児） | | |
| 欠食理由  （具体的に記入してください） |  | | |
| 欠食期間 | 令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日  （　　　日間）  上記日数には、土日祝日を除く | | |
| 減額該当条件 | 連続して７日以上欠食する場合（土日祝日を除く）  欠食する月の前月１５日までに提出 | | |
| ※減額決定額 | 日×２５０円＝　　　　　　円  （上限４，５００円） | | |

（注）※欄は記入不要です。