

第4号様式

欠 食 届

令和 年 月 日

船橋市立船橋特別支援学校長 あて

住所 _____

氏名 _____

電話番号 _____

連続して3日以上（休日等を除く。）学校給食を欠食するので、船橋市学校給食費に関する条例施行規則第6条第1項第2号の規定により、次のとおり届け出ます。

対象となる児童 又は生徒	学年等	年 組 番		
	フリガナ		続柄	
	氏名			
欠食期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで			
欠食理由	<input type="checkbox"/> 傷病 <input type="checkbox"/> その他 ()			

※学校給食費の還付等は、この届出を学校が受理した日の翌日から起算して4日目（休日等を除く。）以降が対象となります。

(学校使用欄)

学校長	教頭	事務長	事務担当	栄養教諭・職員	担任教諭