学校給食（停止・再開）届出書

年　　月　　日

境港市長　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 保護者 | 氏　 名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 連 絡 先電話番号 |  |

次のとおり学校給食を停止又は再開していただきたく提出します。（番号に○をつけ、日付を記入してください。）

　　１　停止　　　期間　　　　年　　月　　日から　　　年　　　月　　日まで

　　２　再開　　　　　　　　　年　　月　　日から

　　（停止の理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 児童生徒 | 学　 校 |  |
| 氏　 名 |  |
| 学年・組 |  |

【保護者の皆様へ】

・入院その他の理由により長期間学校を休まれる場合で、学校給食の停止を希望される場合に提出してください。（長期間とは、原則として連続する３日以上の期間とします。ただし、定期的な通院が必要な場合その他市長が必要と認めるときはこの限りではありません。）

・この届出書は、児童生徒１人につき１枚作成し、通学する学校に提出してください。

・停止期間が未定の場合は、再開するときに改めてこの様式により届出してください。

（停止期間があらかじめ確定している場合は、１度提出いただければ結構です。）

・停止又は再開を希望する日の４日前（土曜、日曜及び学校の休業日を除く。）までに提出してください。なお、提出日から停止又は再開までの日数が４日未満の場合、４日後の学校給食からの取り扱いとします。

　（例）月曜日から停止する場合、４日前は前の週の火曜日となります。

　　　　　火　　　水　　　木　　　金　　 　土　　 　日　　　　月

　　　　４日前　３日前　２日前　１日前 　(休み)　（休み） 　停止日

・給食費の取り扱いについて

　一度全額をお預かりさせていただき、年度末に精算させていただきます。（ただし、１か月以上の期間停止することが明らかな場合で、市長が認めるときは一時徴収を猶予させていただくことがあります。）