

様式第11号（第9条関係）

（提出先）保護者→学校→高松市

令和 年 月 日

（宛先）高松市長

〒 -

保護者 住所

ふりがな

（学校給食費負担者）氏名（自署）

電話番号

高松市食物アレルギー等に係る学校給食費減額停止届

食物アレルギー等に係る学校給食費の減額を申請し、その決定の通知を受けておりましたが、減額の必要がなくなったため、高松市学校給食費の徴収に関する規則第9条第4項の規定により、次のとおり届けます。

学校名	高松市立	小学校 中学校	学年・組	年 組
ふりがな			生年月日	平成 年 月 日
児童生徒 氏名				

停止希望年月日	令和 年 月 日
---------	----------

【理由】

- 1 食物アレルギー等の治癒
- 2 その他（ ）

【注意事項】

- ・ 食物アレルギー等の治癒により、食品の除去が不要となった場合の学校給食の再開時期については、必ず学校と協議の上、停止希望年月日を記載してください。

※こちらは学校及び高松市で記入しますので、使用しないでください。

学校処理欄			市処理欄		
受領日	システム処理日	担当者	受領日	システム処理日	担当者