

様式第 1 号（第 5 条関係）

名護市学校給食代替対応支援事業補助金交付申請書兼実績報告書

年 月 日

名護市長 殿

保護者 住 所

氏 名

印

電話番号

名護市学校給食代替対応支援事業補助金交付要綱第 5 条の規定により、下記のとおり申請及び実績報告します。

記

1 対象生徒等

氏 名	
学校（幼稚園）名	幼稚園 小学校 中学校（ 年 組 ）

2 補助金算定期間

年 月 日から 年 月 日

3 弁当対応月及び補助金申請額

月 (該当月全てに○)	4 月・5 月・6 月・7 月（8 月含む） 9 月・10 月・11 月・12 月・1 月・2 月・3 月
弁当対応月数	計 月（最大 11 月）
補助金申請額 (給食費月額×弁当対応月数)	円

【学校記載欄】

食物アレルギーによる学校給食弁当代替対応実績につきまして、上記のとおり証明いたします。

年 月 日

学 校 名

校（園）長

印