

桐生市公立中学校・義務教育学校における食物アレルギーを有する生徒に対する
学校給食費補助金交付請求書

年 月 日

(宛先) 桐生市長

申請者（保護者）

住所	桐生市	
氏名		
電話番号	— —	※書類等の不備で、市から連絡することがあるため、 連絡のとれる電話番号を記載してください。

◎桐生市公立中学校・義務教育学校における食物アレルギーを有する生徒に対する学校給食費補助金交付要
綱第 9 条の規定により、下記のとおり請求します。

○補助金を請求する子の氏名をご記入ください。

No.	氏 名	生 年 月 日	学校名・職業	学年
		年 月 日		
		年 月 日		
		年 月 日		

※補助金は、桐生市電子地域通貨「桐ペイ」ポイントで交付します。

===== 以下市使用欄 =====

整理番号	補 助 対 象 期 間 確 認		
	No.1	No.2	No.3
	1 年間	1 年間	1 年間
	月～ 月まで	月～ 月まで	月～ 月まで