様式第5号(第9条関係)

桐生市公立小学校・義務教育学校における食物アレルギーを有する第3子

以降の児童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。 |

◎桐生市公立小学校・義務教育学校における食物アレルギーを有する第3子以降の児童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。

〇**補助金を請求する子**の氏名をご記入ください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 | | 生　年　月　日 | 学校名・職業 | 学年 |
| 第3子 |  | 年　　月　　日 |  |  |
| 第4子 |  | 年　　月　　日 |  |  |
| 第5子 |  | 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 | | |
|  | 第3子 | 第4子 | 第5子 |
| 1年間 | 1年間 | 1年間 |
| 月～　　月まで | 月～　　月まで | 月～　　月まで |