

申請の際は、下記の《注意事項》を必ずご確認ください。

令和 年 月 日

給食欠食届出書

高知愛児園 様

住 所 高知市 _____

保護者

氏 名 _____ ㊟

以下の理由により、1か月又は同月内に連続して13日以上（日曜・祝日を除く）給食を欠食するので、次のとおり申請（届出）します。

※太枠内について記入してください。

保育所名	高 知 愛 児 園			
フリガナ		生年月日	平成・令和	歳児 (クラス)
児童氏名			年 月 日	
欠食を希望する 期 間	令和 年 月 日から 月 日まで（ 連続 日間 ） ※日曜・祝日を除いた日数			
欠食を希望する 理 由	(具体的にご記入ください。)			
施設長承認欄	上記の理由による給食の欠食を認めます。 年 月 日 施設長氏名 _____ ㊟			

《注意事項》

- 1 1か月又は同月内に連続して13以上の期間において、給食の提供を受けないことを希望するときは、希望する月の前月末日まで（末日が日曜・祝日の場合は直前の開園日）に本申請書を提出してください。
なお、期日までに提出がない場合は、副食費の精算対象となりませんのでご注意ください。
- 2 本申請書を提出後、欠食期間が変更となる場合は、速やかに連絡し、再度本申請書を提出してください。
原則として、申請期日を超えての欠食期間の変更はいたしかねますので、ご注意ください。