様式第１号

こ ど も 園 給 食 利 用 停 止 申 出 書

年　　月　　日

平　群　町　長　　様

平 群 町 立　　こども園

園　児　名

保護者氏名　　印

平群町立認定こども園給食費の徴収に関する規則第４条第３項の規定に基づき、次のとおり、給食の停止を希望するので、下記のとおり届出します。

尚、届出事項に疑義があると判明した場合若しくは変更が生じた場合等により１ヶ月のうち、１日でも給食の利用があった場合は、停止期間における給食費の全額を支払うことに同意します。

記

停止理由	□園児が入院する為、登園できない。	
		疾病名若しくは事故等の状況
	□園児が自宅療養する為、登園できない。	
		疾病名若しくは事故等の状況
	□その他　※町長がやむを得ないと認めた場合に限ります。	
停止期間	年　　月　　日　～　　年　　月　　日 ※停止期間は、給食費の支払い月単位とします。 ※停止期間経過以降は、申出書の再提出がない限り、給食を再開しますので、給食費の支払いは発生します。	