

給食費減免申請

社会福祉法人 三宝会 ルンビニあゆみ園 様	
令和 年 月 日	
クラス名	
園児氏名	
保護者氏名 印	
以下のとおり欠席いたしますので 令和 年 月分の給食費の減免を申請いたします。	
欠席期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
欠席の理由	
減免の対象 ・ 減免申請は休みに入る2週間以上前に申請したものに限り有効です。 ・ 月をまたいでの申請はできません。 ・ 対象月の給食提供日のうち全期間を食べなかった場合、全額が減免となります。 ・ 対象月の給食提供日のうち連続して半期間以上、全期間未満を食べなかった場合、半額が減免となります。	

受付 令和 年 月 日

該当月の給食提供日数 日	該当する減額の対象	園 確 認 印
食べなかった日数 日	・ 全期間 ・ 半期間	