

サンプル

令和 8年 3月17日

【保護者住所・氏名】

副食費のお知らせ

副食費について、下記のとおりお知らせいたします。

記

認定番号		
子ども	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
保護者	住所	五所川原市
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
施設名称		
免除事由	-	※免除場合は、下記のとおり記載されます。 ・事由に「～～に該当のため。」
免除期間	-	・期間に「令和●年●月●日 ～ 令和●年●月●日
<p>免除事由・免除期間の欄に事由・年月日の記載がある場合は、免除期間において、利用施設での副食費の徴収はありません。</p> <p>免除事由・免除期間の欄に「-」の記載がある場合、市における無償化事業により、副食費が無償となります。</p> <p>この場合は、利用施設によっては、副食費の金額が異なるため、市の無償化対象分を超えた部分は、保護者負担となる場合があります。</p>		
<p><お問い合わせ先> 五所川原市役所 子育て支援課 五所川原市字布屋町41番地1 0173-35-2111</p>		