

表

様式第1号（第3条関係）

教育長 宛て

| | |
|------|----------------|
| 保護者 | 年 月 日 — — — |
| 住 所 | |
| 氏 名 | |
| 電話番号 | |

学校給食申出書（幼児、児童又は生徒用）

学校給食について、次のとおり申し出ます。また、学校給食の申し込みをする場合は、つくば市が定める方法により給食費を納付します。

| | |
|---------------------------|---|
| 幼児、児童又は生徒 | |
| ふりがな | |
| 氏 名 | |
| 生年月日 | (西暦) 年 月 日 |
| 入学（園）する学校・幼稚園名 | 学校・幼稚園 |
| 入学（園）時の学年・クラス | 学年・歳児クラス |
| 食物アレルギーの有無（□にレ印を付してください。） | <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有（原因食品： 有と答えた方は、(2)の□にもレ印を付してください。 (2) 食物アレルギー管理指導（※）の希望 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |

※ 「食物アレルギー管理指導」とは、医師の診断に基づき、保護者、幼稚園、学校及び教育局が情報を共有し、学校給食をはじめ授業や学校行事等で食物アレルギーに配慮した対応をすることをいいます。医療機関から発行される「食物アレルギー管理指導（※）（疾患用）」の提出が必要となります。発行には、文書料が発生する場合

入学・入園に✓

| | | |
|---|---|-----------------------------|
| どちらかの番号に○ | 申込みの事由 | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 入学・入園 | <input type="checkbox"/> 梱入 |
| 令和7年 4 月分 から学校給食を申し込みます。 | | |
| <input type="checkbox"/> 全ての給食の提供を受けます。 <input type="checkbox"/> 一部の料理の配膳を希望しません（給食費の変更はありません。）。 <input type="checkbox"/> 乳及び卵の除去食を希望します（筑波学校給食センターを除きます。）。 <input type="checkbox"/> 牛乳のみ提供を受けます。 <input type="checkbox"/> 生乳を停止します。 <input type="checkbox"/> パンを停止します（管理指導対象者（※1）又は疾患等を理由に停止する方に限りります。）。 <input type="checkbox"/> 米飯を停止します（管理指導対象者（※1）又は疾患等を理由に停止する方に限りります。） | | |
| 1 | 2 学校給食を申し込みません。 | |

※1 「管理指導対象者」とは、食物アレルギー管理指導の対象となる方をいいます。

2 裏面の注意事項もお読みください。

「全ての給食の提供を受けます」の□にレ印を付した方以外の方は、裏面も記入してください。

学校給食申出書 確認マニュアル

※必ず確認！

【全員】

日付は記入されているか

住所・保護者氏名・電話番号が記入されているか

※必ず確認！

【全員】

- ・幼児、児童、生徒の氏名・生年月日が記入されているか
- ・入学（園）する学校（幼稚園）名
- ・入学（園）時の学年（幼稚園は何歳児クラスか）
- ・食物アレルギーの有無

【食物アレルギー「有」に✓した方】

管理指導の希望の有無に✓されているか

【管理指導の希望「有」に✓をした方】

「食物アレルギー管理指導を検討されてる方へ」のファイルを渡してください

【1に○をつけた方】

希望する給食の対応に✓されているか

【赤枠のいずれかに○または✓した方】

※裏面も記入してください。

確認できなかった項目は、後日、健康教育課より保護者に電話確認いたします。

裏

| | | |
|---|---|--|
| 学校給食の対応を希望する理由を記入する欄 （必ず記入する） | <input checked="" type="checkbox"/> 食物アレルギー | |
| | ・原因食品（該当項目に○を付してください。） 乳・卵・小麦・落花生・そば・かに・えび その他（ ） ・症状（該当項目に○を付してください。） かゆみ・じんましん・腹痛・呼吸器症状 その他（ ） ・医療機関の受診 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・アナフィラキシーショックの経験 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・エビパンの処方 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | |
| <input type="checkbox"/> 疾患（ ） <input type="checkbox"/> 宗教上の理由（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ） | | |

＜注意事項＞

- (1) この申出書は、幼稚園又は学校に在籍しようとする日の7日前までに提出してください。
- (2) 学校給食の対応（食物アレルギー管理指導を含む。）を変更する場合は、変更を希望する月の初日の7日前（4月にあっては学校給食の開始日前）までに、学校給食の（対応変更・対応継続）依頼書（様式第10号）を提出してください。
- (3) 原則として、給食費は、口座振替の方法により納付してください。
- (4) 牛乳を停止する場合は、ジュースその他の飲み物の提供も停止となります。
- (5) パンを停止する場合は、主食として提供されるパンが停止となります。
- (6) パン及び米飯は、種類ごとの停止はできません（例：「ミルクパンのみ停止」はできません。）。
- (7) 停止対象に添加する食品も同時に停止となります（例：牛乳…ミルメーカー等、パン…ジャム、マーガリン等、米飯…ふりかけ、のり等）。
- (8) 学校給食では、落花生、ナッツ類（くるみ・アーモンド・カシューナッツ・マカダミアナッツ・ピスタチオ・ヘーゼルナッツ・ペカンナッツ）及びキウイフルーツの提供はありません。
- (9) この申出書の内容は、幼稚園、学校及び教育局で共有します。

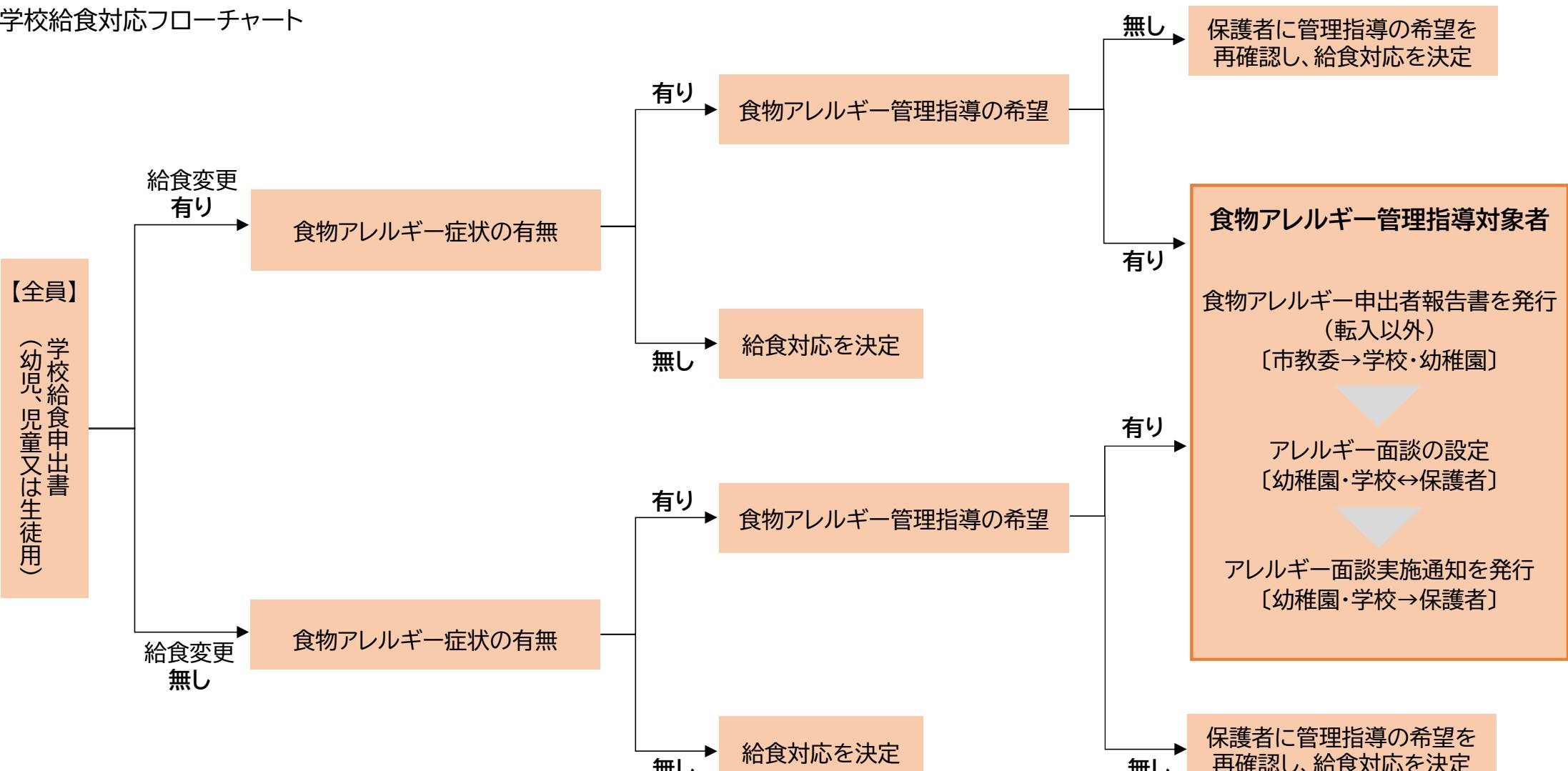
| 教育局記入欄 | | | |
|-------------------------------|-------|--------|--------|
| 内容確認 | 対応決定 | システム入力 | システム確認 |
| <input type="checkbox"/> 管理指導 | 年 月 日 | | |

学校給食申出書 確認マニュアル

【食物アレルギー】
すべての項目が記入されているか

【その他の理由】
該当する項目に✓されているか
※カッコ内は任意で記入

学校給食対応フローチャート



【その他提出書類】

| 対象 | 帳票名 |
|--|------------------------|
| a.給食の対応を変更するとき b.進級後も給食の対応変更を継続するとき c.進級後も食物アレルギー管理指導を継続するとき | 学校給食の(対応変更・対応継続)依頼書 |
| エピペン保有者 | エピペン®に関する情報の提供について |
| 食物アレルギー管理指導の解除を希望するとき | 食物アレルギー学校生活管理指導解除申請書 |
| 食物アレルギー管理指導対象者以外で献立明細表・配合表の提供を希望するとき | 学校給食にかかる献立明細表・配合表提供依頼書 |