

臺南市文化國民小學學生無力支付午餐費減免申請書

(學年度第 學期)

_____年_____班 學生姓名：_____

姓別：男女

一般生原住民

一、無力支付午餐費原因(家長敘述)：

二、老師訪談結果：

申請人簽章：_____ 與學生之關係：_____

身分證統一編號：_____ 聯絡電話：_____

二、經查證確實無力支付午餐費，每月准予減免新台幣 _____ 元整，
特此證明。

導師簽章：_____

午餐執行秘書：

訓導主任：

校長：

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日