## 記載例

してください 額の場合、月17日契約者は21 日としてください

場合のみ記入してください

4月分 補助対象期間(4月/9日~30/日) 記入しない

No.	対象子どもの氏名	生年月日	登園自粛 日数	提供日数 (月契約 日数)	月額保育料	月額保育料の 日額換算	施設での費用負担内訳		市川市簡易	施設等利用	月補助対象	日額換算	請求額 (cとdを比較し低い
							支払額(a)	減免額(b)		費の支給額(見込)	上限額 (C)		方の額。ただしbが0 でない場合は、b,c,d のうち最も低い額)
1	0000	H27.8.1	1	21	77,000	3,667	73,333	3,667				3,667	
2	0000	H27.8.2	2	21	77,000	3,667	77,000	0				7,334	
3	0000	H27.8.3	3	21	77,000	3,667	77,000	0				11,001	
4	0000	H27.8.4	4	21	77,000	3,667	77,000	0				14,668	
5	0000	H27.8.5	5	21	77,000	3,667	77,000	0				18,335	
6	0000	H27.8.6	6	21	77,000	3,667	77,000	0				22,002	
7						#DIV/0!		0					
8						#DIV/0!		0					
9						#DIV/0!		0			記入し	ない	
10						#DIV/0!		0					
11						#DIV/0!		0		<b>∐</b> }	※市で初	1記予2	e
12						#DIV/0!		0				720 5 4	
13						#DIV/0!		0					
14						#DIV/0!		0				#DIV/0!	
15						#DIV/0!		0				#DIV/0!	
16						#DIV/0!		0				#DIV/0!	
17						#DIV/0!		0				#DIV/0!	
18						#DIV/0!		0				#DIV/0!	
19						#DIV/0!		0				#DIV/0!	
20						#DIV/0!		0				#DIV/0!	
	合計												0

上記のとおり証明するとともに、実績報告します。

令和 2年 月 日

所在地		
施設等名称及び 代表者氏名		
代表者氏名	印	