

様式第2号（第6条関係）

市川市特定教育・保育施設副食費支援事業補助金実費徴収額証明書

年 月 日

市川市長

法人名
施設名
住 所
代表者氏名
担当者氏名
電話番号

当施設に係る給食費の実費徴収額を次のとおり証明します。

対象児童	氏 名			
	生年月日			
給食提供方法	<input type="checkbox"/> 自園調理 <input type="checkbox"/> 外部搬入			
対象月	実費徴収額（月額）		副食材料費 1食あたり	提供回数
	給食費	うち副食材料費		
月分	円	円	円	回
月分	円	円	円	回
月分	円	円	円	回
月分	円	円	円	回
月分	円	円	円	回
月分	円	円	円	回
月分	円	円	円	回
合 計	円	円	円	回