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

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 | | □ 自園調理　　　□ 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 |