

様式第2号（第5条関係）

市川市特定子ども・子育て支援施設等副食費補足給付事業  
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。

対象児童名	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
合計	円	円	円	回