

## 砂川市幼稚園等副食費実費徴収額証明書

砂川市長 様

所在地  
施設名  
代表者名

砂川市幼稚園等副食費助成事業実施要綱第5条第1項の規定に基づき、副食費実費徴収額の内容について、次のとおり証明します。

子どもの氏名 (生年月日)	( 年 月 日生)			
保護者氏名				
住 所 (電話番号)	( — — )			
副食費実費徴収額の内容	徴収月	副食費実費徴収額 (1日当たり)	提供日数	副食費実費徴収額 (1月当たり)
	4月	円	日	円
	5月	円	日	円
	6月	円	日	円
	7月	円	日	円
	8月	円	日	円
	9月	円	日	円
	10月	円	日	円
	11月	円	日	円
	12月	円	日	円
	1月	円	日	円
	2月	円	日	円
	3月	円	日	円
	計			円

- ※ この証明書は、対象の子どもごとに作成してください。
- ※ 保護者から実際に徴収した副食費について記載してください。
- ※ 副食費は副食提供に要した費用であり、主食費は除いてください。