

砂川市幼稚園等副食費助成金交付対象子ども一覧
【 年 月分】

施設名 _____

※副食費助成金請求金額の内訳となる子ども全員について記入

No.	子どもの氏名	生年月日	当初年齢	利用開始日					請求額 (cとdの金額を比較して低い方)
					副食費実費徴収額 (1日あたり) (a)	提供日数 (b) (市内幼稚園における副食提供日数を上限とする)	対象額 (a×b=c)	月額上限額 (d)	
1					円	日	円	円	円
2					円	日	円	円	円
3					円	日	円	円	円
4					円	日	円	円	円
5					円	日	円	円	円
6					円	日	円	円	円
7					円	日	円	円	円
8					円	日	円	円	円
9					円	日	円	円	円
10					円	日	円	円	円
11					円	日	円	円	円
12					円	日	円	円	円
13					円	日	円	円	円
14					円	日	円	円	円
15					円	日	円	円	円
16					円	日	円	円	円
17					円	日	円	円	円
18					円	日	円	円	円
19					円	日	円	円	円
20					円	日	円	円	円
					合計				円