

年 月 日

副食費の徴収に係る補足給付費助成対象児童実績報告書

横浜市長

施設名称 _____
施設所在地 _____
施設長 _____
設置者名 _____
設置者住所 _____
代表者職氏名 _____

令和 年度 月～ 月 の副食費の補足給付について、次のとおり報告します。

	認定保護者名	対象児童名	生年月日	補足給付額 (令和 年度 月～ 月分)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
合計※				