

副食費の徴収にかかる補足給付確認書

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、次のとおり確認しましたので報告します。

認定 保護者名		対象 児童名		生年月日	
------------	--	-----------	--	------	--

(円)

	給食費 (a)	うち副食費 (b)	補足給付額 (c) (b) ≥ 4,800 のとき、(c) = 4,800 (b) < 4,800 のとき、(c) = (b)
月			
月			
月			
月			
月			
月			
月			
		合計	

令和 年度 月～ 月の副食費の補足給付額について、確認しました。
また、副食費の補足給付費の受領及び請求権を上記代表者に委任します。

令和 年 月 日

(認定保護者自署)