

# 補足給付確認書

横浜市長

例

平成 年 月 日

事業種別

施設名称

住所

代表者名

印

担当者名

電話番号 ( )

平成 年 月 分の実費徴収の補足給付について、次のとおり報告します。

対象児童名	(支給認定番号 ) ( 号認定) ( 歳)
-------	--------------------------

①補足給付対象の実費徴収項目

給食費 (1号認定のみ)	項目	( か月目) /( か月)※	5,000 (円)/総額	5,000 (円)	
	給食費		5,000		
			合計	① 5,000 (円)	
教材費等 (1・2・3号認定)	鉛筆		400	400 (円)	
	クレヨン		600	600 (円)	
	遠足費	( 1 か月目) /( 3 か月)※	1,500	4,500 (円)	
		( か月目) /( か月)※		(円)/総額	(円)
		( か月目) /( か月)※		(円)/総額	(円)
			合計	② 2,500 (円)	

①と4,500円を比較して...  
 -①が高い場合  
   →4,500円を記入  
 -①低い場合  
   →①を記入

②と2,500円を比較して...  
 -②が高い場合  
   →2,500円を記入  
 -②低い場合  
   →②を記入

※一括払いでは... ください。  
 ② ①で合計し... 補足給付額・保護者負担額を計算

補足給付	(円)	③	4,500 (円)
	(上限2,500円)	④	2,500 (円)

※③は①と上限4,500円、④は②と上限2,500円を比較して低い金額を記入してください。  
 ※③、④の金額が市への請求額と相違ないか確認してください。

保護者負担額	給食費 ※マイナスにはなりません	①-③	500 (円)
	教材費等 ※マイナスにはなりません		0 (円)

必ず0円以上になります  
マイナスにはなりません。

保護者から署名を  
いただいでください。

平成 年 月 日

補足給付について、確認しました。

平成 年 月 日

<添付書類>実費徴収した項目と金額が分かるもの

(保護者自署)

様

# 補足給付確認書

横浜市長



平成 年 月 日

事業種別

施設名称

住所

代表者名 印

担当者名

電話番号 ( )

平成 年 月 月分の実費徴収の補足給付について、次のとおり報告します。

対象児童名 (支給認定番号 ) ( 号認定) ( 歳)

## ①補足給付対象の実費徴収項目

給食費 (1号認定のみ)	項目	( か月目) /( か月)※	(円)/総額	(円)
	項目	( か月目) /( か月)※	(円)/総額	(円)
合計			㉑	0 (円)

教材費等 (1・2・3号認定)	項目	( か月目) /( か月)※	(円)/総額	(円)
	項目	( か月目) /( か月)※	(円)/総額	(円)
	項目	( か月目) /( か月)※	(円)/総額	(円)
	項目	( か月目) /( か月)※	(円)/総額	(円)
	項目	( か月目) /( か月)※	(円)/総額	(円)
	項目	( か月目) /( か月)※	(円)/総額	(円)
	項目	( か月目) /( か月)※	(円)/総額	(円)
合計			㉒	0 (円)

※一括払いではなく分割払いにした場合に記入してください。

## ② ①で合計した金額(㉑及び㉒)をもとに補足給付額・保護者負担額を計算

補足給付額	給食費 (上限4,500円)	㉑	0	(円)
	教材費等 (上限2,500円)	㉒	0	(円)

※㉑は㉑と上限4,500円、㉒は㉒と上限2,500円を比較して低い金額を記入してください。

※㉑、㉒の金額が市への請求額と相違ないか確認してください。

保護者負担額	給食費 ※マイナスにはなりません	㉑-㉑	0	(円)
	教材費等 ※マイナスにはなりません	㉒-㉒	0	(円)

平成 年 月 月分の実費徴収の補足給付について、確認しました。

平成 年 月 日 (保護者自署) 様

<添付書類>実費徴収した項目と金額が分かるもの

# 補足給付確認書

横浜市長

**例1**

平成 年 月 日

事業種別

施設名称

住所

代表者名

印

担当者名

電話番号

( )

**㉑㉒が上限金額  
(2,500円・4,500円)と  
同じ場合**

平成 年 月 分の実費徴収の補足給付について、次のとおり報告します。

対象児童名	(支給認定番号 )
	( 号認定) ( 歳)

①補足給付対象の実費徴収項目

給食費 (1号認定のみ)	項目	( か月目) /( か月)※	(円)/総額	(円)
合計			㉑	0 (円)

教材費等 (1・2・3号認定)	項目	( か月目) /( か月)※	400 (円)/総額	400 (円)
	鉛筆			
	項目	( か月目) /( か月)※	600 (円)/総額	600 (円)
	クレヨン			
	項目	( 1 か月目) /( 4 か月)※	1,500 (円)/総額	5,000 (円)
	遠足費			
	項目	( か月目) /( か月)※	(円)/総額	(円)
	項目	( か月目) /( か月)※	(円)/総額	(円)
	項目	( か月目) /( か月)※	(円)/総額	(円)

**①合計を出す**

**②2,500円と比較して  
㉒(2,500円)も同金額  
のため㉑欄には2,500円  
を記入。**

※一括払いではなく分割払いにした場合に記入してください。  
② ①で合計した金額(㉑)及び㉒をもとに補

補足給付額	給食費 (上限4,500円)	0 (円)
	教材費等 (上限2,500円)	㉑ 2,500 (円)

※㉑は㉑と上限4,500円、㉒は㉒と上限2,500円を比較して低い金額を記入してください。  
※㉑、㉒の金額が市への請求額と相違ないか確認してください。

保護者負担額	給食費 ※マイナスにはなりません	㉑-㉒ 0 (円)
	教材費等 ※マイナスにはなりません	㉑-㉒ 0 (円)

**③㉒1,000円-㉑1,000円より**

平成 年 月 分の実費徴収の補足給付について、確認しました。

平成 年 月 日

<添付書類>実費徴収した項目と金額が分かるもの

(保護者自署)

様

# 補足給付確認書

横浜市長

**例2**

**㉓㉔が上限金額  
(2,500円・4,500円)  
より低い場合**

平成 年 月 日

事業種別

施設名称

住所

代表者名

印

担当者名

電話番号 ( )

平成 年 月 分の実費徴収の補足給付について、次のとおり報告します。

対象児童名	(支給認定番号 )
	( 号認定) ( 歳)

①補足給付対象の実費徴収項目

給食費 (1号認定のみ)	項目	( か月目) / ( か月)※	(円)/総額	(円)
合計			㉓	0 (円)
教材費等 (1・2・3号認定)	鉛筆	( か月目) / ( か月)※	400 (円)/総額	400 (円)
	クレヨン	( か月目) / ( か月)※	600 (円)/総額	600 (円)
	項目	( か月目) / ( か月)※	総額	(円)
	項目	( か月目) / ( か月)※		(円)
	項目	( か月目) / ( か月)※	(円)/総額	(円)
	項目	( か月目) / ( か月)※		(円)
合計			㉔	1,000 (円)

※一括払いではなく分割払いにした場合に記入してください

② ①で合計した金額(㉓及び㉔)をもとに補足給付

補足給付額	給食費 (上限4,500円)	(円)
	教材費等 (上限2,500円)	㉓

※㉓は㉓と上限4,500円、㉔は㉔と上限2,500円を比較して低い金額を記入してください

※㉓、㉔の金額が市への請求額と相違ないか確認してください。

保護者負担額	給食費 ※マイナスにはなりません	㉓-㉔	(円)
	教材費等 ※マイナスにはなりません	㉔-㉓	0 (円)

平成 年 月 分の実費徴収の補足給付について、確認しました。

平成 年 月 日

<添付書類>実費徴収した項目と金額が分かるもの

(保護者自署) \_\_\_\_\_ 様

# 補足給付確認書

横浜市長

**例3**

**㉑㉒が上限金額  
(2,500円・4,500円)  
より高い場合**

平成 年 月 日

事業種別

施設名称

住所

代表者名

印

担当者名

電話番号 ( )

平成 年 月 分の実費徴収の補足給付について、次のとおり報告します。

対象児童名	(支給認定番号 )
	( 号認定) ( 歳)

①補足給付対象の実費徴収項目

給食費 (1号認定のみ)	項目	( か月目) /( か月)※	(円)/総額	(円)
-----------------	----	-------------------	--------	-----

合計 ㉑ 0 (円)

教材費等 (1・2・3号認定)	項目	( か月目) /( か月)※	400 (円)/総額	400 (円)
	鉛筆			
	項目	( か月目) /( か月)※	600 (円)/総額	600 (円)
	クレヨン			
	項目	( か月目) /( か月)※	5,000 (円)/総額	5,000 (円)
	遠足費			

①合計を出す

合計 ㉒ 6,000 (円)

※一括払いではなく分割払いにした場合に記入してください。

② ①で合計した金額(㉑及び㉒)をもとに補足

②2,500円と比較して  
㉒(6,000円)が高い  
ので、㉑欄には2,500  
円を記入。

補足給付額	給食費 (上限4,500円)	0 (円)
	教材費等 (上限2,500円)	㉑ 2,500 (円)

※㉑は㉑と上限4,500円、㉒は㉒と上限2,500円を比較して低い金額を記入してください。

※㉑、㉒の金額が市への請求額と相違ないか確認してください。

保護者負担額	給食費 ※マイナスにはなりません	㉑-㉒ 0 (円)
	教材費等 ※マイナスにはなりません	㉒-㉑ 3,500 (円)

③㉒6,000円-㉑2,500円より

平成 年 月 分の実費徴収の補足給付について、確認しました。

平成 年 月 日

<添付書類>実費徴収した項目と金額が分かるもの

(保護者自署) \_\_\_\_\_ 様