

# 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 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 (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 (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 (円)
	教材費等 (上限2,500円)	㉒ (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 (円)
	教材費等 ※マイナスにはなりません	㉒-㉒ (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