

実費徴収額証明書

うるま市長 様

施設名： _____

施設長名： _____

下記の対象乳幼児につきまして、うるま市実費徴収に係る補足給付事業実施要綱第 3 条に規定する日用品・文房具等に要する費用又は副食費に要する費用について、次のとおり証明します。

対象乳幼児名			生年月日		
--------	--	--	------	--	--

支給対象となる 実費徴収額の 内訳	施設立替分			保護者支払い分	
		日用品、 文房具等	副食費	日用品、 文房具等	副食費
	4 月	円	円	円	円
	5 月	円	円	円	円
	6 月	円	円	円	円
	7 月	円	円	円	円
	8 月	円	円	円	円
	9 月	円	円	円	円
	1 0 月	円	円	円	円
	1 1 月	円	円	円	円
	1 2 月	円	円	円	円
	1 月	円	円	円	円
	2 月	円	円	円	円
	3 月	円	円	円	円
合計額		円	円	円	円

※ この証明書は、対象乳幼児ごとに作成してください。

※ 施設が認定保護者から徴収した費用及び立て替えた費用について記載してください。