

年 月 日

副食費等受領証明書

保護者名.....

児童名..... 生年月日..... 年 月 日生

住所.....

※破線より上記の記載は保護者でご記入ください。

年 月 日

施設名..... 印

住所.....

施設長氏名..... 印

※自署または記名押印

電話番号.....

上記、記載の児童が本施設を利用して、児童が喫食した給食費副食費等の費用として、下記の金額を受領したことを証明します。

記

1 給食費副食費等の受領 期間と金額
令和3年度 第 期 令和 年 月～ 月分

月分	1日/単価	日	円
月分	1日/単価	日	円
月分	1日/単価	日	円

※ 第1期4月～6月、第2期7月～9月、第3期10月～12月、第4期1月～3月

※ 対象児童一人に一枚作成してください。

市記入欄 ※記入しないでください。

受付方法	窓口 <input type="checkbox"/>	郵送 <input type="checkbox"/>			
No.	受付日 月 日	添付書類	不足書類連絡	台帳入力	確認者
		可 <input type="checkbox"/> 不足 <input type="checkbox"/>	連絡済 <input type="checkbox"/> 確認 <input type="checkbox"/>	入力 <input type="checkbox"/> 確認 <input type="checkbox"/>	
備考					