

通園証明書兼領収確認証明書

令和 年 月 日

大和町長 宛

認可外保育施設 所在地 _____
名 称 _____
代表者名 _____ ⑩
電話番号 _____
児童福祉法に基づく届出年月日 _____ 年 月 日

下記の補助対象通園児は、本保育施設に _____ 年 月 日から通園し、本保育施設が保育を受託していることを証明します。

また、 _____ 年 月 から _____ 年 月 までの間の通園状況及び各月における利用料は、下記のとおり領収していることを証明します。

記

- 1 補助対象通園児の氏名 _____
- 2 補助対象通園児の生年月日 _____ 平成・令和 年 月 日
- 3 補助対象通園児の住所 _____
- 4 補助対象者（保護者）の氏名 _____

5 利用状況

通園月 （※1）	保育時間	通 園 日 数	保護者が負担した 利用料（※2）	利用料 領収日
年 月	午前 午後 時 分から 午前 午後 時 分まで	日間	円	/
年 月	午前 午後 時 分から 午前 午後 時 分まで	日間	円	/
年 月	午前 午後 時 分から 午前 午後 時 分まで	日間	円	/
年 月	午前 午後 時 分から 午前 午後 時 分まで	日間	円	/

※1 月極契約であること

※2 補助対象金額となる保育料の負担額であること