

五戸町子ども子育て支援副食費無償化事業明細書

月分

対象児童

No	施設名	園児氏名	生年月日	年齢 区分	金額
例	〇〇保育園	五戸 花子	R〇. 〇. 〇	5 歳	5, 100円
1					
2					
3					

※副食費を支払ったことが確認できる書類（領収書等）を添付すること。