別紙

高知市認可外保育施設物価高騰対策

臨時特例給付金給付対象費用証明書

1　給付対象児童

フ リ ガ ナ 児童氏名		
生年月日	令和　　年　　月　　日	
施設等利用給付認定状況について （該当する項目に☑を記入してください。）		□　なし □　２号 □　３号

……　以下，施設記入欄　……

2　給付対象費用

	令和７年９月分
(a) 保育料（月額）※1	
(b) 給食費	
(c) 無償化の対象となる 施設利用料 ※該当しない場合は記載不要	

※1　日用品等の購入に係る費用，通園に係る送迎費用，行事への参加に要する費用等は対象外とする。

給付対象児童が当施設を利用するに当たり，（給付対象者）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿が当施設へ支払った費用のうち，高知市認可外保育施設物価高騰対策臨時特例給付金給付対象費用については，上記のとおり相違ないことを証明する。

令和　　年　　月　　日

（施設名　　）

事業所　所在地

名　称

代表者　氏　名