

年 月 日

直方市長 様

施設住所

施設名

代表者

電話番号

認可外保育施設利用者支援事業補助金にかかる施設報告書

以下対象園児の在園期間に伴う利用料を報告いたします。

	対象園児氏名	生年月日	在園期間	利用料
1		年 月 日	年 月 日 ～ 年 月 日	円
2		年 月 日	年 月 日 ～ 年 月 日	円
3		年 月 日	年 月 日 ～ 年 月 日	円
4		年 月 日	年 月 日 ～ 年 月 日	円
5		年 月 日	年 月 日 ～ 年 月 日	円
6		年 月 日	年 月 日 ～ 年 月 日	円
7		年 月 日	年 月 日 ～ 年 月 日	円
8		年 月 日	年 月 日 ～ 年 月 日	円
9		年 月 日	年 月 日 ～ 年 月 日	円
10		年 月 日	年 月 日 ～ 年 月 日	円
	合計			円