【様式第１号　添付資料】

児童発達支援昼食費給付金給付対象日数証明書

　　年　　月　　日

申請者：　　　　　　　様

(対象児：　　　　　　 )

児童発達支援昼食費給付金の給付対象日数について、児童発達支援事業所として以下のとおり証明します。

■給付対象者

児童発達支援を利用する３～５歳児（4/1時点）の保護者（申請者）

■給付対象日数について

　・１カ月間の通所日において活動時間内に自費で対象児が昼食を食べた日数

　　（例：弁当を持参した。事業所から昼食が提供され、その実費を支払った。）

■対象期間　　　　　年　　月分　　～　　　　年　　月分

■対象日数

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | １０月 | １１月 | １２月 | １月 | ２月 | ３月 |
| 対象日数 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| 上記の対象期間における各月の対象日数に、相違ないことを証明します。  【事業所名】  【担当者名】  【連絡先】 | | | | | | |