年　　月　　日

本人負担額等確認書

１　補助対象保育士

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 勤務施設名 |  |
| 雇用形態 | 常勤 |
| 勤務形態 | １日当たり　　時間　　分勤務１月当たり　　日勤務又は１月当たり　　時間　　分勤務 |
| 採用年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 住居手当の有無 |  |

　※住居手当については、名称にかかわらず当該手当に類する手当等を支給している場合は、「有」とすること。

２　補助対象施設の住所（建物名及び部屋番号を含む。）

３　補助対象保育士の本人負担額について

|  |  |
| --- | --- |
| 本人負担額の有無 |  |
| 本人負担額の月額 | 円 |
| 本人負担額で上記月額以外の場合 | 年　　月分円 |

上記の記載内容に相違ありません。

所在地

法人名

代表者氏名

上記の記載内容に相違ないことを確認しました。

補助対象保育士

氏名