様式第１号(第５条関係)

|  |
| --- |
| 利用者負担額減免申請書 |
| 年　　月　　日　　　　桶川市長住所　　　　　　　　　　　　申請者　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　次のとおり利用者負担額の減免を受けたいので、桶川市特定教育・保育施設及び特定地域型保育事業の利用者負担額に関する規則第５条第２項の規定により申請します。 |
| 施設名 |  | 続柄 | 　 |
| 児童名 | 　 |
| 利用者負担額　**利用者負担額決定通知のとおり** |
| 減免を受けたい期間　　　　　　**年　　月分から　　　　　年　　月分まで** |
| 申請の理由　**「桶川市多子世帯保育料軽減事業実施要綱」に伴う申請** |
| 添付書類 | 　１．多子世帯状況報告書　　２．その他（学生証・住民票） |
| 調査者の意見 | 　 |
| 備考 | 　 |