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 |  | | |