

第3子以降利用者負担額減免申請書

年 月 日

上三川町長 様

(保護者)  
住 所  
氏 名

下記児童について、 年度の利用者負担額（保育料・副食費）を減免されたく申請します。

副食費の支給について、町が下記施設に対して、支払いの減免に関する事項を通知すること及び当該減免額を支給することに同意します。

○対象児童の氏名等

(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日	年 齢	施設名
	年 月 日生	歳	

○対象児童の世帯の状況

	(ふりがな) 氏 名	対象児童 との続柄	生 年 月 日	年 齢	勤 務 又 は 就 学 先
対 象 児 童 の 世 帯 員			年 月 日	歳	
			年 月 日	歳	
			年 月 日	歳	
			年 月 日	歳	
			年 月 日	歳	
			年 月 日	歳	
			年 月 日	歳	
			年 月 日	歳	

※年齢については、減免申請する年度の4月1日の前日の満年齢を記入してください。  
 ※対象児童以外の現に育てている子で、就学等の理由により転出している方についても記入してください。  
 ※18歳以上で就学等の場合、在学している学校の学生証のコピーまたは在学証明書を添付してください。