

第2子以降利用者負担額減免申請書

令和 年 月 日

上三川町長 宛て

(保護者)
住 所
氏 名

下記児童について、 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。
また、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	

※記入日現在の年齢を書いてください。

※対象児童以外の現に育てている子で、就学等の理由で転出している方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。

※副食費の減免は、第3子以降の児童のみが対象です。