

第 3 子以降利用者負担額（保育料・副食費）減免申請書

与謝野町長 様

申請者 住所 与謝野町字
氏名
電話番号

第 3 子以降の利用者負担額（保育料・副食費）の免除を受けたいので、下記のとおり申請します。

なお、申請にあたり減免の決定を行うために確認する児童の世帯状況等について関係機関から情報提供を受けることに同意します。

減 免 対 象 児 童 名	児童名		生年月日	対象区分
			年 月 日	第 子
			年 月 日	第 子
通所・通園しているところ				
同 一 世 帯 の 児 童 の 状 況 (減免対象児を除く)		氏 名	生年月日	学校名等
	第 1 子		年 月 日	
	第 2 子		年 月 日	
	第 子		年 月 日	
	第 子		年 月 日	