様式第1号(第4条関係)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年　　月　　日  　身延町長　　　　様  （申請者）　住　所　身延町  氏　名　　　　　　　　　　　　㊞  連絡先　　　　－　　　　－  利用者負担額減免申請書  　利用者負担額の減免を受けたいので、次のとおり申請します。 | | | | | |
|  | 教育・保育給付認定子どもの氏名及び生年月日 | 年　　　月　　　日 | | |  |
| 年　　　月　　　日 | | |
| 年　　　月　　　日 | | |
| 保育所名 |  | 現在の利用者負担額（月額） | 円 |
| 減免を申請する理由 | | | | | |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。  　　　　　　年　　月　　日  民生委員　氏名　　　　　　　　　　㊞ | | | | | |

* 申請内容を証明する書類を添付してください。（証明書類がない場合は、民生委員の証明を受けてください。）