

年 月 日

阿久比町長

申請者住所

氏名

阿久比町乳児等通園支援事業利用者負担額減免申請書

乳児等通園支援事業の利用にあたり、利用者負担額の減免を受けたいので、阿久比町乳児等通園支援事業実施規則第11条第2項の規定により、次のとおり申請します。

利用 児童	フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男
	氏名			<input type="checkbox"/> 女
	生年月日	年 月 日		
減免申請 の理由	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 市町村民税所得割額世帯合計77,100円以下の世帯 <input type="checkbox"/> 要保護児童対策地域協議会に登録された要支援児童及び要保護児童のいる世帯			

利用者負担額の減免要件の確認のため、生活保護の受給の有無並びに世帯員の市町村民税課税情報について阿久比町が公簿等により調査することに同意します。

申請者氏名（署名）