

別記様式

岸和田市利用者負担額減免申請書

令和 年 月 日

岸和田市長 様

住所 岸和田市 _____

保護者氏名 _____

利用者負担額の減額又は免除を受けたいので、次のとおり申請します。

| | | | |
|---|------------|--------------|-----------|
| 支給認定子ども | | フリガナ | 生年月日 |
| | | 氏名 | 平・令 年 月 日 |
| 保護者 | 支給認定子どもの続柄 | フリガナ | 生年月日 |
| | | 氏名 | 昭・平 年 月 日 |
| | 支給認定子どもの続柄 | フリガナ | 生年月日 |
| | | 氏名 | 昭・平 年 月 日 |
| 支給認定区分 | | 1号 ・ 2号 ・ 3号 | |
| 利用する特定教育・保育施設名又は特定地域型保育事業者名 | | | |
| [減額又は免除を受けようとする理由] ※ 該当する番号に○印を入れ、必要事項を記入してください。 ① 父親、母親若しくは両親のいない世帯またはこれらに準ずる世帯 (添付資料：ひとり親家庭であることが確認できない場合は戸籍等) ② 地方税法により障害者控除の対象となる者のいる世帯 (添付資料： 障害者/療育/精神手帳の写し) ③ 減免申請の日の直近3ヶ月分の収入により推定される1年間の所得が、著しく変わる場合 (添付資料： 直近3ヶ月分の所得を証明する書類等) ④ 傷病で年度内に引続き1ヶ月以上入院した者のいる世帯 (添付資料： 1ヶ月以上の入院を証明する書類) ⑤ 災害により、その居住する家屋に甚大な被害を受けた世帯 (添付資料： 罹災(りさい)証明書) ⑥ お子さまが傷病により年度内に連続して15日以上欠席した場合 欠席期間：平・令 年 月 日～平・令 年 月 日 (添付資料： 治療期間がわかる医師の診断書(様式は保育施設で配布)) | | | |