

年 月 日

能勢町長 様

利用者負担額免除申請書

保護者住所 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

下記のとおり能勢町病後児保育室の利用者負担額の免除について、関係書類を添えて申請します。

記

児童の氏名	
利用期間	年 月 日 ~ 年 月 日
本来負担すべき 利用者負担額	円
免除を必要とする理由  1 生活保護 2 市区町村民税非課税世帯	

※添付書類：生活保護受給者証明書、市区町村民税課税証明書