

年 月 日

与那原町長様

与那原町乳児等通園支援事業利用者負担額減免申請書

住所
保護者 氏名
電話

次のとおり乳児等通園支援事業に係る利用者負担額の減免を申請します。

乳幼児名		生年月日	年 月 日生
乳幼児名		生年月日	年 月 日生
乳幼児名		生年月日	年 月 日生
認定期間	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"/> 市町村民税所得割合算額が7万7,101円未満の世帯 <input type="checkbox"/> その他町長が減免することが適当と認める世帯			
摘要			

※ 減免申請の理由が生活保護世帯の場合は、生活保護受給証明書又はこれに準ずる書類を添付してください。