

# 中井町学童保育所利用者負担金減免申請書



平成 年 月 日

中井町長 殿

申請者 住所

氏名 (印)

次のとおり減免を申請します。

※太枠内のみ記入

児童氏名	平成 年 月 日生 ( 年生)
	平成 年 月 日生 ( 年生)
	平成 年 月 日生 ( 年生)
施設名	
減免の期間	平成 年 月 日 から
	平成 年 月 日 まで
減免を受けようとする理由	<input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯又は均等割のみ課税世帯 <input type="checkbox"/> その他 ( )

承認 次の通り 不承認	課長	主任	課員
	としてよろしいでしょうか。		
審査欄			
・生活保護受給決定通知等の写しの添付	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> その他の確認方法 [ ]	
・市町村民税額確認書類の添付	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> その他の確認方法 [ ]	
・その他の理由による申請	[ ]	[ ]	
<input type="checkbox"/> 全額免除 <input type="checkbox"/> 半額免除 <input type="checkbox"/> 不承認                      理由 ( )			