

中井町学童保育所利用者負担金減免申請書

令和 年 月 日

中井町長 殿

申請者 住所
氏名

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	令和 年 月 日 から 令和 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 としてよろしいでしょうか。	課 長	主 任	課 員
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（ ）			



中井町学童保育所利用者負担金減免申請書

令和 5 年 * 月 * 日

中井町長 殿

申請者 住所 **中井町比奈窪56番地**

氏名 **中井太郎**

次のとおり減免を申請します。

※太枠内のみ記入

児童氏名	中井花子	平成 ** 年 ** 月 ** 日生（1年生）
		平成 年 月 日生（ 年生）
		平成 年 月 日生（ 年生）
施設名	中村小学校学童保育所	
減免の期間	令和 * 年 * 月 * 日から 令和 * 年 3 月 31 日まで	申請した月から次の3月31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 checked="" 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（ ）	

※減免の理由を証明する書類の提出が必要な場合があります。

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（ ）			