

嘉手納町乳児等通園支援事業利用者負担額等減免申請書

年 月 日

嘉手納町長 殿

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等の減免を申請します。

児童氏名		生年 月 日	年 月 日生
児童氏名		生年 月 日	年 月 日生
児童氏名		生年 月 日	年 月 日生
児童氏名		生年 月 日	年 月 日生
認定期間	年 月 日 ～ 年 月 日		
免除申請の理由 ☐ 生活保護世帯 ☐ 市町村民税非課税世帯 ☐ 市町村民税所得割合算額が 7 万 7, 101 円未満の世帯 ☐ その他町が減免することが適当と認める世帯		摘 要	

備考 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。