

様式第1号

負担金減免申請書

平成 年 月 日

只見町長

申請者 住所 只見町大字 字
氏名 ⑩

下記のとおり減免願いたく申請いたします。

記

児童氏名	平成 年 月 日生						
入所保育所	保 育 所						
家 族 の 状 況	氏 名	続 柄	性	生年月日	職 業	月 収	備 考
	※						
	※						
	※						
	※						
	※						
生活状況	収入月額 ※ 円			生活費月額 ※ 円			
保育料月額	円			左のうち負担可能額 ※ 円			
保育料の全 部または一 部を負擔 できない理 由	只見町保育所入所費用徴収規則第4条第2項による減免申請						
	伝染病の種類 _____ 休所日 月 日 ~ 日 (※ 日間)						
※階層区分	第 階層			※減免決定額 円			

【※のところは記入しないでください。】