

利用者負担額減免申請書

年 月 日

熊本市長 (宛)

申請者住所

申請者氏名

児童との続柄

電話 (—)

利用者負担額の減免につき次の事項を記入して申請します。

通知書番号		施設名	
児童氏名		児童の生年月日	令和 年 月 日
(減免を申請する理由)			
●給与・売上以外に、以下の収入がある場合は○で囲んでください。(資料の提出を求める場合があります。) 国民年金・厚生年金・共済年金・遺族年金・恩給扶助料・障害年金・雇用保険(失業保険等) 傷病手当・介護休業給付金・育児休業給付金・高額療養費・労災保険給付・不動産収入 その他の収入()			

利用者負担額減免申請の内容及び申請に係る提出書類の内容に相違ありません。
虚偽の申請、その他の不正行為が認められた場合には、減免の取消しとなることに同意します。

申請者