

教育・保育給付に係る利用者負担額減免申請書

年 月 日

堺市 保健福祉総合センター所長 殿

教育・保育給付に係る利用者負担額の減免を受けたいので、次のとおり、教育・保育給付に係る利用者負担額等の減免要綱第3条の規定に基づき申請します。

申請者	フリガナ		子ども との続柄	
	氏名			
	住所	連絡先		

申請にかか る子ども	フリガナ	生年月日 (年齢)	利用施設・事業所名
	氏名		
		. . 生 (歳)	
		. . 生 (歳)	
		. . 生 (歳)	

<減免申請の理由>

<input type="checkbox"/>	(1) 次のいずれかの事由により、世帯の収入が減少したため。
<input type="checkbox"/>	心身に重大な障害を受け、若しくは長期間入院したことにより就労困難となり、その者の収入が著しく減少したこと。
<input type="checkbox"/>	事業又は業務の休廃止(産前及び産後の休業並びに育児休業によるものを除く。)、事業における著しい損失、退職、失業、転職等により著しく減少したこと。
<input type="checkbox"/>	(2) 次のいずれかによる不測の事由により、世帯の支出額が増加したため。
<input type="checkbox"/>	同一の世帯に属する者の疾病又は負傷
<input type="checkbox"/>	扶養者(新生児を除く。)の増加
<input type="checkbox"/>	(3) 震災、風水害、火災その他これらに類する災害により、住宅、家財又はその財産について著しい損害を受けたため。
<input type="checkbox"/>	(4) その他 ()

(注) 減免を必要とする事由を証明する書類を添付してください。

<同意欄>減免の申請にあたり、次の事項について同意します。

<input type="checkbox"/>	減免を受けている期間中に収入又は支出の状況その他当該減免の事由に変更が生じたときは、速やかに届け出します。
<input type="checkbox"/>	減免の必要がないと認められる事実が判明、または発生した場合は、減免を取消されることに異議はありません。