様式第２号(第7条関係)

児童発達支援センター利用者負担金軽減申請書

年　　月　　日

　　八頭町長　　様

住所

保護者氏名　　　　　　　　　　印

児童発達支援センターの利用者負担金について軽減を受けたいので、八頭町児童発達支援センター利用者負担金軽減事業実施要綱第７条の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象 | 2　児童の氏名  (　)はふりがな | 3　年齢 | 4　生年月日 | 5　利用施設の名称 |
| 第1子 | (　　　　　　　　　) |  |  |  |
| 第2子 | (　　　　　　　　　) |  |  |  |
| 第3子 | (　　　　　　　　　) |  |  |  |

　　　　※　年齢は、申請日現在で記入すること。

　　　　　※　「5　利用施設の名称」について、現在施設を利用していない場合には、利用を予定している施設の名称を記載すること。

　　　　※　「1　対象」のうち、軽減を申請する児童の欄を○で囲むこと。

　　　　※　対象児童の記入欄が足りない場合には、適宜追加すること。

　　(添付書類)

　　　１　保育所等へ通園していることが確認できる書類　【通園証明書(様式第２号)】

　　　２　児童発達支援センターの利用に係る障害児施設（医療）受給者証の写し