様式第４号(第８条関係)

児童発達支援センター利用者負担金軽減決定通知書

年　　月　　日

　(申請者氏名)　様

八頭町長

年　月　日付文書により申請のあった標記の件については、下記のとおり決定しました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８条第１項の規定に基づき通知します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1　決定内容 | | | 軽減する　　　　軽減しない |
| 2　軽減しない場合にはその理由 | | |  |
| 3　軽減措置の概要 | | |  |
|  | (1) | ア　対象児童の氏名 |  |
| イ　軽減区分 | 1／2　　　1／4　　　免除 |
| ウ　軽減期間 | 年　　月　　日　～　　年　　月　　日 |
| (2) | ア　対象児童の氏名 |  |
| イ　軽減区分 | 1／2　　　1／4　　　免除 |
| ウ　軽減期間 | 年　　月　　日　～　　年　　月　　日 |
| 4　軽減開始日 | | | 年　　　月　　　日 |

　　　　※　軽減区分は、いずれかを○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。