様式第７号(第8条関係)

児童発達支援センター利用者負担金軽減取消決定通知書

年　　月　　日

　(申請者氏名)　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　八頭町長

　　　年　　月　　日付児童発達支援センター利用者負担金軽減決定通知書により軽減決定したことについては、下記のとおり決定を取り消しますので通知します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 1　取消理由 | 　 |
| 2　対象児童 | 　 |
| 　 | (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 |

※　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。