様式第１１号(第9条関係)

児童発達支援センター利用者負担金の軽減状況通知書

年　　月　　日

　八頭町長　様

住所

　　　　　　　　　　　　 施設名

施設長氏名　　　　　　　　　　印

　別添のとおり、児童発達支援センター利用者負担金の軽減状況について、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５項の規定に基づき下記のとおり通知します。

記

１　軽減月　　　　　年　　　月

２　軽減総額　　　　　　　　　円

３　内訳

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 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 |
| エ　軽減額 | (福祉部分)　　　　　　円 | (医療部分)　　　　　　円 | (食費部分)　　　　 　円 |
| 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 |
| エ　軽減額 | (福祉部分)円 | (医療部分)　　　　　　円 | (食費部分)　　　　 　円 |

※　軽減区分は、いずれかを○で囲むこと。

※　食費部分には、おやつ代を含む。

※　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。

※　児童発達支援センター利用者負担金の軽減額管理票(様式第１０号)を添付すること。