様式第2号(第5条関係)

助産施設徴収金額減額申請書

年　　月　　日

　　　八頭町福祉事務所長　様

住所

申請者

氏名

　　次のとおり助産施設徴収金額の全部(一部)を負担することができないので、八頭町助産施設徴収金規則第5条第2項の規定により、減額を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 助産施設名 |  |
| 保護者 |  |
| 現在の徴収金額 | 月額　　　　　　　　円 |
| 負担することができない額 | 月額　　　　　　　　円 |
| 負担することができない期間 | 年　月　日から　　年　月　日まで |
| 負担することができない理由 |  |

　(注)　負担することができない理由を証する書類を添付すること。