

利用者負担額等減額申請書

年 月 日

(あて先) 社会福祉法人泉新会  
理事長 松井直輝

住所 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印

子ども氏名 \_\_\_\_\_ ( 歳児)

下記の理由により、利用者負担額の減額を申請します。

記

1. 減免の対象

利用者負担額

2. 減免の理由

病気・怪我等により一月あたり10日間以上欠席しました。

[添付資料：医師等による傷病等の証明]

3. 減免の期間

年	月	日	～	年	月	日	(	日間)
		日	～			日	(	日間)
		日	～			日	(	日間)
		日	～			日	(	日間)
		日	～			日	(	日間)

計 \_\_\_\_\_ 日間

(注) 利用者負担額を減額されるのは、原則申請した翌月からです。また、利用者負担額を滞納している場合、減額は適用されない場合があります。