※ 同一世帯に障がい者（児）がいるかたは、身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳・特別児童扶養手当証書・障害基礎年金証書のいずれかの写しを添付してください。
※ ひとり親世帯（母子・父子世帯）のかたは、児童扶養手当証書・医療福祉費受給者証（ひとり親）・遺族年金証書のいずれかの写しを添付してください。
※ 生活保護のかたは、受給者証の写しを添付してください。

利用者負担額・副食費（減額・免除）申請書

令和　　年　　月　　日

那珂市長　様

住所
認定保護者氏名
来庁者氏名

下記の事由により減額又は免除されたく申請いたします。

児童氏名 及び生年月日	平成　・　令和　　年　　月　　日生
保育施設名	
減免期間 ※年度切替え	令和　　年　　月　　日 から　令和　　年度末まで
減額又は免除の 理由 （該当するものに○を つけてください）	ア．ひとり親世帯のため（　母子　・　父子　）
	イ．在宅障がい者のいる世帯（住民登録の世帯で判断します） 入所児との関係　（　　） 障がいの等級　（手帳の種類：　　） （　　）級
	ウ．生活保護

・０～２歳児は利用者負担額、３～５歳児は副食費にかかる減免申請となります（４月１日時点の年齢による）。
・申請しても保護者（家計の主宰者も含む）の課税状況により、副食費免除の対象とならない場合がありますので、あらかじめご了承ください。

※市記入欄	減免の要否	要　・　否 理由 ・ひとり親　・障がい　・生活保護
	減免の期間	年　月　日から　年　月　日まで