

- ※ 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・特別児童扶養手当障害認定通知書・特別児童扶養手当有期再認定通知書・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。

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	理由 要 ・ 否 ・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