

### 利用者負担額多子軽減申請書

門真市長 様

住所 門真市 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

下記「在籍証明」のとおり、多子軽減対象施設に在籍している児童がおりますので、次の児童について利用者負担額を変更するよう申請いたします。

該当する児童

施設・事業名	児童氏名	生年月日
		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日

※ 多子軽減適用後、対象施設に在籍している児童が、退所（園）及び卒園（業）した場合、その翌月以降の利用者負担については、軽減が解除となります。

#### 同意書

多子軽減の適用を受けるにあたり、下記「在籍証明」の児童について、在籍している施設に在籍の確認を行うことに同意します。

氏名 \_\_\_\_\_ 印

(施設記入欄)

### 在籍証明

保護者住所；門真市 \_\_\_\_\_

保護者氏名； \_\_\_\_\_

在籍児童名； \_\_\_\_\_

生年月日 ； \_\_\_\_\_ 年 月 日

在籍年月日； \_\_\_\_\_ 年 月 日から

上記児童につきまして当施設に、

年 月 日現在、**在籍している**ことを証明します。

年 月 日まで、**在籍していた**ことを証明します。

(提出先)

門真市長

年 月 日

所在地

施設名

代表者氏名

電話番号

印