

利用者負担額額（保育料）軽減申出書

令和 年 月 日

住所
保護者氏名
連絡先

利用者負担額（保育料）において、下記の軽減事由に該当しますので申し出ます。

児童氏名		生年月日		施設名	

該当する□をチェックし、太枠内を記入してください。

□小学校就学前の兄弟が幼稚園等に入所した（している）場合

児童氏名	生年月日	施設名	入所日

※以下の施設に入所する場合は申出の対象です。

- ・幼稚園（新制度未移行幼稚園のみ）
- ・特別支援学校幼稚部
- ・児童発達支援
- ・児童心理治療施設通所部
- ・医療型発達支援
- ・企業主導型保育

□同居する方で新たに身体障害者手帳等の交付を受けた場合

交付を受けた者の氏名	児童との続柄	手帳等の名称	交付を受けた年月日

※以下の手帳等の交付を受けた場合は申出の対象です。

- ・身体障害者手帳
- ・療育手帳
- ・精神障害者福祉手帳
- ・特別児童扶養手当
- ・障害基礎年金

□新たに生活保護を受給した場合

受給開始となった年月日

【注意事項】

- ・認可保育施設の利用中に世帯状況等が変わった場合は、『届出事項異動届』を利用施設または保育課へ提出してください。
- ・保護者の市町村民税所得割額に応じて階層区分を認定し、利用者負担額（保育料）を決定しますが、階層区分に応じて軽減の対象とならない場合があります。