

利用者負担額多子軽減にかかる申出書

平成29年度4月更新版

令和 年 月 日

奈良市長

保護者 住 所

氏 名

印

電話番号

多子軽減の対象となるきょうだいがいますので、支給認定子どもの利用者負担額について変更を申し上げます。

支給認定子ども氏名	生年月日	利用施設名(保育所・認定こども園等)
	平成・令和 年 月 日	
	平成・令和 年 月 日	
	平成・令和 年 月 日	

[私立幼稚園等在籍児にかかる施設証明欄]

在籍(退籍)証明

子ども氏名	生年月日	在籍開始年月日
	平成・令和 年 月 日	平成・令和 年 月 日

上記子どもは、令和 年 月 日現在、在籍していることを証明します。
平成・令和 年 月 日に退籍したことを証明します。

園 名

TEL

所在地

法人名

設置者職名・氏名

印

◇ 児童発達支援を利用している場合は、通所受給者証の写しを添付してください。

◇ 幼稚園等に2人以上在籍している場合は、子ども各々の多子軽減申出書が必要になります。