加西市障害児タイムケア事業利用料減免申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

加　西　市　長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

 ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ

　次の理由により加西市障害児タイムケア事業の利用料を減免くださるよう関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 利用者氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住　　 所 |  | 申請者との続柄 |  |
| 入 所 年 月 日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 減 免 を 必 要と す る 理 由 |  |
| 要保護・準要保護認定又は幼稚園保育料減免申請 | 申請予定・申請中・決定済 |