

様式第 8 号 (第 10 条関係)

年 月 日

小国町長 殿

保護者 住所  
氏名  
電話番号

※氏名を自署してください。

本人が手書きしない場合は、記名押印し

てください。

### 病後児保育室利用料減免申請書

このことについて、次の理由により利用料を減免して下さるようお願いいたします。

ふりがな 児童氏名		性別	生 年 月 日
		男・女	年 月 日 ( 歳)
住 所	小国町大字		
減免を必要 とする理由			
減免を希望 する期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
その他			