

# 保育料減額申請書

平成 年 月 日

(あて先) 伊那市長

\_\_\_\_\_ 保育園

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印

児童氏名 \_\_\_\_\_

下記の理由により保育料の減額を申請します。

傷病名 \_\_\_\_\_

医療機関名 \_\_\_\_\_

以下は保育園で記入します。

月

1日	2日	3日	4日	5日	6日	7日	8日	9日	10日	11日	12日	13日	14日	15日
16日	17日	18日	19日	20日	21日	22日	23日	24日	25日	26日	27日	28日	29日	30日
31日														

月

1日	2日	3日	4日	5日	6日	7日	8日	9日	10日	11日	12日	13日	14日	15日
16日	17日	18日	19日	20日	21日	22日	23日	24日	25日	26日	27日	28日	29日	30日
31日	欠席日数													
		日												園長確認 印

以下子育て支援課記入

減額率	現行保育料	減額金額	減額後の額	処理日