様式第１号（第６条関係）

佐久市障害児通園施設利用者負担金軽減申請書

　　年　　月　　日

（申請先）佐久市長

　　　　　　　　　　　　　　　申請者（保護者）住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　㊞

　下記のとおり、障害児通園施設の利用者負担金を軽減してください。

　なお、本申請に当たって、私の世帯全員に係る所得税の課税状況及び住民基本台帳の記録について、担当職員が閲覧することに同意します。

記

１　利用児童の氏名

２　利用児童の個人番号

３　利用開始年月日

４　軽減内容

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請の内容（該当する欄に○） | 軽　減　率 | 区　　　　分 |
|  | 利用者負担金の５０％を軽減 | 通園施設に通う児童が２番目に年齢の高い者である場合の当該通園施設の利用者負担金 |
|  | 利用者負担金の１００％を軽減 | 通園施設に通う児童が３番目以降に年齢の高い者である場合の当該通園施設の利用者負担金 |

＊添付書類

保育所等通園等証明書（様式第３号）等の対象施設に通園する障害児の兄弟姉妹が他の保育所等に通園等をしていることが確認できる書類（対象施設に通園する障害児の兄弟姉妹が他の保育所等に通園等をしている場合に限る。）