

申込中の施設名

在所（園）の施設名

様式6

保育所（園） こども園

保育所（園） こども園	児童名：
----------------	------

※第1希望を記入してください。

保育料の多子軽減申請書

受付印

三原市長 様

同じ世帯に、次の施設へ入所・利用している就学前児童がいるので、保育料の軽減を申請します。

入所施設：幼稚園，特別支援学校幼稚部，児童心理治療施設通所部 利用施設：児童発達支援，医療型児童発達支援

令和 年 月 日

保護者氏名	児童との関係	父・母・祖父母・その他（ ）
住所		

施設入所・利用児童の氏名	入所・利用施設名	施設区分（該当施設に○をしてください。）
平成・令和 年 月 日生		<ul style="list-style-type: none"> ・ 幼稚園（私立・附属） ・ 特別支援学校幼稚部 ・ 児童心理治療施設 ・ 児童発達支援 ・ 医療型児童発達支援

入所・利用期間	平成・令和 年 月 日 ～ 現在も入所・利用中
---------	-------------------------

上記の者は、当施設の入所・利用児童であることを証明します。

令和 年 月 日

施設名

施設長

印