別記様式第１号（第３条関係）

利用者負担額減免申請書

年　　月　　日

大泉町長　様

申請者
氏 名　　印
住 所
電 話

次のとおり特定教育・保育施設、特定地域型保育事業所等の利用者負担額の減免を申請します。

支給認定子ども 氏名及び生年月日	年　　月　　日生（　　歳）
利用施設名	
利用者負担額	
減免理由	（具体的に書いてください）

※　減免理由を証する書類を添付してください。