

【在宅障がい児（者）のいる世帯の軽減用】

令和 年 月 日

新城市長 殿

保護者等 住所

電話（ ） ー
氏名

こども園等保育料軽減申出書

こども園等保育料軽減の適用を受けたいので、下記のとおり申し出ます。

なお、本申出書の内容を確認するため、関係機関（新城市市民課等）に照会することについて同意します。

記

◇在宅障がい児（者）の状況

ふりがな 氏名	入園児童 との続柄	生年月日	性 別	職業又は学校名・学年 手帳の種類及び等級等
		・ ・	男・女	
		・ ・	男・女	
		・ ・	男・女	

【市役所確認用】 特別児童扶養手当の受給状況 ☐有 ☐無

○注意

※手帳のコピーを添付してください。

※在宅障がい児（者）世帯の軽減に該当しない場合には、この申出書を提出されても保育料の軽減は受けられませんのでご了承ください。

※対象者の状況に変動があった場合は、こども園又はこども未来課（電話２３－７６２２）にご連絡ください。

記入例

【在宅障がい児（者）のいる世帯の軽減用】

令和6年10月17日

新城市長 殿

保護者等 住所 新城市字東入船115

電話 (0536) 23 - 7622

氏名 新城 太郎

こども園等保育料軽減申出書

こども園等保育料軽減の適用を受けたいので、下記のとおり申出します。
なお、本申出書の内容を確認するため、関係機関（新城市市役所）へ
同意します。

R7.4.1 時点での学校名等及び
学年を記入してください。
(手帳の種類及び等級等は現在のもの
を記入してください。)

記

◇在宅障がい児（者）の状況

ふりがな 氏名	入園児童 との続柄	生年月日	性 別	職業又は学校名・学年 手帳の種類及び等級等
しんしろしんたろう 新城 新太郎	兄	H29・10・25	男・女	〇〇小学校2年 療育手帳B
しんしろいちこ 新城 一子	祖母	S24・11・2	男・女	無職 身体障害者手帳1級

入園児と同世帯にお住まいの、身体障害者手帳、療育手帳、
精神障害者保健福祉手帳をお持ちのご家族を記入して
ください。

☐ 無

○注
※手
※在
は

※手帳のコピーも一緒に提出してください。

軽減

※対象者の状況に変動があった場合は、こども園又はこども未来課（電話23-7622）にご
連絡ください。