

年 月 日

(宛先)野田市長

野田市障害児通所給付費利用者負担額減額(免除)申請書

次のとおり障害児通所給付費の利用者負担額の減額(免除)を申請します。

申請者	ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日
	居住地	電話番号		
支給申請に係る 児童氏名	ふりがな		生年月日	年 月 日
			続柄	
申請の理由				

備考

- 1 この申請は、災害による住宅等の損害、生計中心者の死亡や長期入院等による著しい収入減、生計中心者の事業の廃止等による著しい収入減、生計中心者の農作物の不作等による著しい収入減があった場合に、申請することができます。
- 2 申請の理由は、1の事実について記入してください。
- 3 この申請書は、受給者証及び上記事実を確認することができる書類を添付してください。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入)		
氏名		申請者との関係	
住所	電話番号		