

新型コロナウイルス感染症に伴う利用者負担額等減額申請書 (0,1,2歳児用)

羽曳野市長あて

住所

申請者氏名

連絡先

新型コロナウイルス感染症に伴う利用者負担額等の減額を次のとおり申請します。

施設名			
児童氏名	フリガナ	平成・令和 年 月 日	
	フリガナ	平成・令和 年 月 日	
	フリガナ	平成・令和 年 月 日	
申請対象期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日		
申請理由 (当てはまる理由の欄に ○をご記入ください)		児童が感染者となったため	
		児童が濃厚接触者と指定されたため	
		同居家族(児童の〔 〕)がPCR検査を受診したため 検査日(年 月 日)	
		児童が感染の疑いがあると認められたため 理由()	

○減額分の利用者負担額等の返還方法について

一旦、利用者負担額等を全額納めていただき、申請後、差額を還付いたします。

【施設記入欄】

申請児童につきまして、上記「申請対象期間」登園していない事及び申請理由に誤りがないことを証明します。

令和 年 月 日

施設名・施設長名

【市記載欄】

こどもコード	クラス年齢

対象月	平日	土曜	合計
月			
月			
月			