様式第10号（第7条関係）

|  |
| --- |
| 丸亀市助産施設（母子生活支援施設）徴収金減免申請書　　　　年　　月　　日丸亀市福祉事務所長　あて申込者　住所氏名　　　　　　　　　電話番号　　（　　）　　入所者との続柄丸亀市助産施設及び母子生活支援施設入所手続等に関する規則第７条第２項の規定により、徴収金を減免されるよう下記のとおり申請します。記 |
| 入所者氏名 |  | 施設名 |  |
| 徴収額 |  | 減免を必要とする額 |  |
| 減免を必要とする理由 |  |

（注）減免の理由は、詳しく記載し、その事実を証明する書類を添付すること。