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。