

病児保育事業利用料免除申請書

年 月 日

実施施設の長 様

申請者 住 所
氏 名 ⑩
電話番号

病児保育事業の利用料の免除を受けたいので、次のとおり申請します。

ふりがな		性 別	生 年 月 日	年 月 日 満 歳 か月
児 童 氏 名		男・女		
通っている保育所等の名称	所（園）・小学校			
利用する施設の名称				
利 用 日	年 月 日			
利 用 区 分	<input type="checkbox"/> 病児保育利用		<input type="checkbox"/> 病後児保育利用	

病児保育事業の利用料の免除について、下記の区分に該当することに相違ありません。
なお、該当事項の確認をするため市長に照会すること、及び市長が該当事項について調査することに同意します。

(1) 生活保護受給世帯

(2) 上記以外で、市町村民税非課税世帯

申請者氏名 ⑩

※課税状況等を確認できるものの提出をお願いします。