

平成 年 月 日

町長 殿

病児・病後児保育事業利用者負担金減免申請書

申請者 住所 \_\_\_\_\_

(保護者) 氏名 \_\_\_\_\_ 印

病児・病後児保育事業の利用者負担金の減免を申請します。なお、利用者負担金の決定に当たり、利用児童の父母及び同一世帯に属する者の所得等の確認のため町民税課税台帳、児童扶養手当受給等の確認のため審査状況ならびに受給資格者台帳を閲覧することに同意します。

氏名	生年月日	性別
	平成 年 月 日	男・女
	平成 年 月 日	男・女
	平成 年 月 日	男・女
	平成 年 月 日	男・女
申請理由 (該当する項目に○をつけてください) A 生活保護受給世帯 B 住民税非課税世帯		

実施施設	町記入欄 利用者負担金区分	
	{平成 年 月～平成 年月}	
	<input type="checkbox"/> A	
	<input type="checkbox"/> B	
	<input type="checkbox"/> C ( )	
	—	